

Aus der Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Das Lebensborn-Projekt als Teil der nationalsozialistischen  
Geburtenförderung - eine Auswertung der geburtshilflichen Ergebnisdaten  
der deutschen Lebensbornheime im „III. Reich“

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Clara Hullmeine

aus Berlin

Datum der Promotion: 13. Dezember 2019

## **Vorwort**

Teilergebnisse der vorliegenden Dissertation wurden unter dem Titel "Perinataldaten beim nationalsozialistischen ‚Lebensborn e.V.‘ - ein Vergleich der Heime 'Pommern' und 'Harz' für die Jahre 1938 bis 1942" im Rahmen einer Posterpräsentation auf dem 62. DGGG-Kongress 2018 in Berlin am 01.11.2018 vorgestellt.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>8</b>
1.1 Einführung in das Thema und aktueller Forschungsstand	8
1.1.1 Zielsetzung der Arbeit und Fragestellung	9
1.2 Bevölkerungspolitische Entwicklung im Deutschen Reich nach dem Ersten Weltkrieg bis 1933	11
1.3 Elemente der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik	14
1.4 Geschichte der Entbindungsanstalten	17
1.5 Entstehung und Ausbau des „Lebensborn e.V.“	19
1.6 Die Heime des „Lebensborn e.V.“	22
1.6.1 Funktionsweise des „Lebensborn e.V.“	24
1.6.2 Heimaltag und Betreuung der Mütter und Kinder	27
1.6.3 Medizinische Versorgung der Mütter und Kinder	30
1.6.3.1 Heimpersonal	30
1.6.3.2 Die ärztlichen Fachberater	37
1.6.3.3 Die vier beratenden Fachärzte des „Lebensborn e.V.“	41
1.7 Sterilitätsbehandlung und künstliche Befruchtung	45
1.8 Kriegsende im Mai 1945 und Ende des „Lebensborn e.V.“	46
1.9 Standards der Geburtshilfe während der 1930er und 1940er Jahre	47
<b>2. Methodik</b>	<b>53</b>
2.1 Datensammlung	53
2.2 Darstellung der Ergebnisse	59
2.3 Vergleichende Statistik	67
2.4 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im medizinhistorischen Kontext	68
<b>3. Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>69</b>
3.1 Geburtenzahl in den Lebensbornheimen von September 1936 bis zum Kriegsende im Mai 1945	69
3.2 Angaben zu den Geburten	76
3.2.1 Mütterliche Daten: Alter, Parität, Ehestatus, Beruf, Kategorie Fragebogen RF-SS	76
3.2.2 Kindliche Daten: Jungen- und Mädchenanteil, ehelich und unehelich Geborene, "Wertigkeit" im Sinne der Rassenhygiene	87

3.3 Komplikationsraten unter der Geburt und im Verlauf .....	90
3.3.1 Maternale Komplikationen sub partu und im Wochenbett, maternale Sterblichkeit.....	90
3.3.2 Kindliche Komplikationen unter der Geburt und im Verlauf, Säuglingssterblichkeit.....	101
3.4 Ergebnisse der geburtshilflichen Maßnahmen und operativen Geburten.....	115
3.5 Vergleichende Statistik.....	125
<b>4. Diskussion der Ergebnisse im medizinhistorischen und geburts-medizinischen Kontext .....</b>	<b>133</b>
4.1 Geburtenzahlen in den 1930er und 1940er Jahren.....	133
4.2 Angaben zu den Geburten .....	136
4.2.1 Maternale Daten .....	136
4.2.2 Kindliche Daten .....	140
4.3 Komplikationsraten im Rahmen der Geburt und im Verlauf .....	140
4.3.1 Maternale Komplikationen: Komplikationen sub partu und im Wochenbett .	140
4.3.2 Kindliche Risiken und Komplikationen.....	146
4.4 Geburtshilfliche Maßnahmen .....	153
<b>5. Schlussfolgerung .....</b>	<b>158</b>
<b>6. Anhang .....</b>	<b>161</b>
<b>7. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>164</b>
<b>8. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>168</b>
<b>9. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>169</b>
<b>10. Zitatverweise .....</b>	<b>170</b>
<b>11. Literatur- und Quellenverzeichnis.....</b>	<b>175</b>
<b>12. Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>188</b>
<b>13. Lebenslauf.....</b>	<b>190</b>
<b>14. Danksagung .....</b>	<b>191</b>

## Abstract - Deutsch

**Einleitung:** Der „Lebensborn e.V.“ wurde 1935 als SS-Organisation gegründet mit dem Ziel, die Geburtenzahl der im Sinne der Rassenhygiene „wertvollen“ Bevölkerung zu steigern. Mit der Einrichtung von Entbindungsheimen sollte besonders der unverheirateten Mutter ein sicherer und geheimer Rahmen zur Geburt geschaffen werden. Die Geburtshilfe in den Heimen sollte vornehmlich nicht-operativ sein und wurde von sog. beratenden Fachärzten regelmäßig ausgewertet. Während Studien bereits den Lebensborn in den nationalsozialistischen Staatsapparat einordneten, fehlt bisher eine wissenschaftliche Analyse und kritische Einordnung der geburtshilflichen Ergebnisse der deutschen Lebensbornheime.

**Zielsetzung:** Erstmalig erfolgte eine Auswertung der geburtshilflichen Arbeit in den Lebensbornheimen und Einordnung in den medizinhistorischen Kontext. Zudem soll die Funktion der sog. beratenden Fachärzte dargestellt werden.

**Methoden:** Im Rahmen einer umfassenden Datenerhebung wurden Perinataldaten der Lebensbornheime digitalisiert, ausgewertet und durch anonymisierte Handeingabe der Geburten eines Lebensbornheimes ergänzt. Erfasst wurden maternale Daten, Geburtenzahlen, Geburtsmodus, geburtshilfliche Maßnahmen und peripartale Komplikationen. Als Vergleichswerte dienten Daten über Haus- und Klinikgeburten im Deutschen Reich der 1930er und 1940er Jahre.

**Ergebnisse und Diskussion:** Insgesamt verzeichnete der Lebensborn von 1936-1945 im Großdeutschen Reich mindestens 7089 Geburten. Die Lebensbornmütter waren überwiegend ledige, erstgebärende Frauen, die durchschnittlich jünger waren als Vergleichsgruppen an Frauenkliniken der damaligen Zeit.

Maternale Komplikationen (vorzeitiger Blasensprung, Wehenschwäche, Dammrisse und Uterusatonien) traten in den Lebensbornheimen insgesamt in einem vergleichbaren Prozentsatz wie in Vergleichsgruppen im Deutschen Reich auf. Die Rate mütterlicher Komplikationen im Wochenbett lag in zwei Lebensbornheimen bei 6-12% (Vergleichskliniken im Deutschen Reich 7-18%).

Fetale/kindliche Asphyxien traten im Lebensbornheim „Harz“ in einem vergleichbaren Rahmen auf, wohingegen Nabelschnurkomplikationen in geringerem Ausmaß auftraten als in deutschen Frauenkliniken. Die Säuglingssterblichkeit im Lebensborn (knapp unter 4%) war geringer als im Reichsdurchschnitt (6-7%), ebenso wie die perinatale Mortalität (Lebensborn 1-2% vs. Reichsdurchschnitt 5%).

Die Rate an operativ beendeten Geburten war teilweise auf dem Niveau der Vergleichsgruppen, teilweise darunter. Die häufigsten geburtshilflichen Maßnahmen waren Forcepsentbindungen, Wendungen und Extraktionen sowie manuelle Plazentalösungen.

**Schlussfolgerung:** Die geburtshilfliche Arbeit in den Lebensbornheimen stellt sich hinsichtlich der peripartalen Komplikationsraten auf einem vergleichbaren Niveau zum Deutschen Reich dar. Die deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeit lässt sich zum einen auf die insgesamt niedrigere Rate an Frühgeburten, zum anderen auf das geburtshilflich günstigere Patientinnenkollektiv der Lebensbornheime zurückführen, in dem weniger Risikoschwangerschaften vorhanden waren. Den Heimärzten wurden beratende Fachärzte aus der SS zur Seite gestellt, die regelmäßig die medizinische Versorgung und praktizierte Geburtshilfe in den Heimen überwachten. Im Lebensborn setzten diese überzeugten Nationalsozialisten die rassenhygienischen und bevölkerungspolitischen Ziele des NS-Staates um.

## **Abstract - English**

**Introduction:** The SS organization 'Lebensborn e.V.' was founded in 1935 to increase the birth rate of the "valuable" population in terms of eugenics. Maternity homes were established to create a safe and secret environment for unmarried mothers in particular. Obstetrics in the facilities was to be primarily non-surgical and regularly evaluated by so-called consulting specialists. While studies already classified the role of Lebensborn in the National Socialist state, a critical analysis of the obstetric results does not exist.

**Objective:** For the first time, an evaluation of the obstetric work in the Lebensborn facilities and classification in the medical-historical context took place. In addition, the function of the consulting specialists is to be described.

**Methods:** Within the scope of a comprehensive data collection, perinatal data of the Lebensborn were digitized and evaluated. Maternal data, birth rates, birth mode, obstetric interventions and peripartal complications were recorded. Data on home and clinic births in the German Reich in the 1930s and 1940s served as comparative values.

**Results and discussion:** In total, the Lebensborn recorded at least 7089 births in the German Reich from 1936-1945. The mothers were predominantly single, first-birth women, who were on average younger than comparable groups at gynaecological hospitals.

Maternal complication rates (premature membrane rupture, weak contractions, perineal laceration and atonia) were comparable to those in the German Reich. Complications in the puerperium occurred in 6-12% in two facilities (hospitals in the German Reich 7-18%).

Fetal/child asphyxia occurred in the Lebensborn facility 'Harz' to a comparable extent, whereas umbilical cord complications were fewer than in gynaecological hospitals. Infant mortality in Lebensborn (just under 4%) was lower than the German average (6-7%), as was perinatal mortality (1-2% vs. German average 5%).

The rate of surgical births was partly at the level of comparable groups, partly below it. The most frequent obstetric interventions were forceps deliveries, cephalic versions, extractions and placental separations.

**Conclusion:** Obstetric work in the Lebensborn is comparable to that of the German Reich regarding peripartal complications. The significantly lower infant mortality rate can be attributed to the lower rate of premature births as well as to the more favorable collective of Lebensborn mothers in terms of obstetrics due to fewer high-risk pregnancies. The facility doctors were accompanied by consulting specialists from the SS who regularly evaluated the medical work in the facilities. In Lebensborn, these convinced National Socialists implemented the racial-hygienic and political goals of the Nazi state.

## 1. Einleitung

"Oberstes Gesetz für unsere Entscheidung und unser Handeln kann nur sein die Erzielung eines möglichst hohen Prozentsatzes gesunder Mütter und gesunder Kinder.

Diesem Gesetz haben sich alle anderen Belange unterzuordnen."

Prof. Dr. G. Haselhorst, Gynäkologe und Geburtshelfer(1)

"Die Steuerung des Geburtsgeschehens ist der Ausgangspunkt jeglicher Bevölkerungspolitik."

Prof. Dr. F. Rott, Pädiater und Sozialhygieniker(2)

### 1.1 Einführung in das Thema und aktueller Forschungsstand

Der "Lebensborn e.V." war eine Organisation der Schutzstaffel (SS),<sup>1</sup> die unter der Führung von Heinrich Himmler im Dezember 1935 zur Aufnahme rassenideologisch "wertvoller",<sup>2</sup> vor allem unverheirateter Schwangerer gegründet wurde. In den Entbindungsheimen, die bis 1945 im gesamten Deutschen Reich eingerichtet wurden, sollte diesen Frauen ein sicherer, wenn nötig geheimer Rahmen für die Geburt ihrer Kinder ermöglicht werden. Dadurch sollte die Rate an Abtreibungen, zu denen sich noch viele ledige Schwangere aufgrund gesellschaftlicher Zwänge in den 1930er Jahren gedrängt sahen, im Deutschen Reich reduziert werden.

Die Einordnung und Bewertung des "Lebensborn e.V." war in der Nachkriegszeit von Mythen und Fehlinterpretationen geprägt. Zum einen ist hier der - aus heutiger Sicht als Fehleinschätzung zu bezeichnende - Urteilsspruch aus dem VIII. Folgeprozess des Amerikanischen Militärgerichtshofs I in Nürnberg zu nennen, in dem die Organisation Lebensborn als karitative Einrichtung eingeordnet wurde und die vor Gericht stehenden Lebensborn-Funktionäre überwiegend freigesprochen wurden(3,4).<sup>3</sup> Zum anderen umgaben den Verein mit seinen Mütterheimen in abgelegenen Gegenden bereits zur Zeit des Nationalsozialismus Gerüchte über "gelenkte Fortpflanzung"(5) williger, arischer Mädchen mit SS-Offizieren, um den sinkenden Geburtenzahlen im Deutschen

---

<sup>1</sup> Schutzstaffel: 1921 von Hitler gegründete Stabswache, 1925 Teil der paramilitärischen Sturmabteilung (SA), 1934 von Hitler zur selbstständigen Organisation erklärt(7).

<sup>2</sup> Im Kontext der nationalsozialistischen Rassenhygiene wertende Begriffe und Ausdrücke aus dieser Zeit werden im Verlauf der Arbeit in Anführungszeichen geführt.

<sup>3</sup> Deutsche Übersetzung des Urteilsspruches im Anhang S. 161.



Reich entgegenzuwirken und gleichzeitig durch die Auslese der Frauen eine "Aufordnung" der Bevölkerung zu erzielen. Dieser Mythos wurde im Verlauf der Nachkriegszeit immer wieder durch Kinofilme und belletristische Romane geschürt, die das Motiv "Zuchtanstalt Lebensborn" wiederholt aufgriffen und der Bevölkerung zum Beispiel über Buchuntertitel wie "ein Tatsachen-Roman"(6) falsche und unwissenschaftlich aufgearbeitete Informationen anboten.<sup>4</sup> Die Arbeit der beiden französischen Journalisten Henry und Hillel aus dem Jahr 1975(5) lieferte die erste auf Originalakten basierende und umfassende Auseinandersetzung mit der Organisation Lebensborn. Allerdings kamen auch sie zu dem Schluss, der Lebensborn habe Zeugungen auf Anfrage gezielt organisiert.<sup>5</sup> Nach dem heutigen Wissensstand stellte der Lebensborn jedoch keine Einrichtung dar, in der eine gelenkte Fortpflanzung praktiziert wurde. Die Ziele und Aufgaben des Lebensborn, die im Folgenden überblicksweise beleuchtet werden, lagen auf bevölkerungspolitischem Gebiet der Nationalsozialisten, initiiert und im Besonderen unterstützt durch Heinrich Himmler,<sup>6</sup> Reichsführer-SS und Chef der Deutschen Polizei ab 1936(7), und reichten dabei von der Unterstützung kinderreicher SS-Familien über die Fürsorge und Aufnahme ausgewählter, schwangerer Frauen zur Entbindung, der Versorgung dieser Kinder bis hin zur Verschleppung und Eindeutschung von Kindern aus besetzten Gebieten z.B. Norwegen oder Polen(8).

### **1.1.1 Zielsetzung der Arbeit und Fragestellung**

Angeregt durch die wissenschaftlich fundierte, grundlegende und umfassende Arbeit Lilienthals(8), seine Publikation „Der Lebensborn e.V.“ erschien erstmals 1985, wurde die Einordnung und Bewertung der Organisation in das Gesamtbild der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik seit den 1980er Jahren vorangetrieben. Immer häufiger wurde die Organisation Gegenstand verschiedenster Forschungen und

---

<sup>4</sup> U.a. Kinofilm "Der Lebensborn" von 1961; Benno Voelkniers Roman "Die Schande", 1965 (bis 1969 vier Auflagen); Will Berthold "Lebensborn e.V. - Ein Tatsachen-Roman", 1975(4).

<sup>5</sup> Bestätigt sahen sie diese Vermutung in den sich wiederholenden Adressangaben in den Akten der Lebensbornmütter. Dass es sich hierbei um Wohnadressen von Lebensbornangestellten (beispielsweise Inge Viermetz) handelte, die als Deckadressen im Rahmen der Geheimhaltungsmaßnahmen fungierten, konnte Lilienthal u.a. in seiner Arbeit faktenbasiert belegen(8).

<sup>6</sup> Heinrich Himmler, ab 1943 Reichsinnenminister, \*07.10.1900 in München, †23.05.1945 Suizid in Lüneburg(7).

wissenschaftlicher Arbeiten, die eine ausführliche Darstellung lieferten und sich mit den Schicksalen einzelner Lebensbornkinder auseinandersetzten.<sup>7</sup>

Während so die Strukturen, Hintergründe und die Funktionsweise der Organisation bereits Gegenstand verschiedenster Forschungen waren, fehlte bislang eine kritische, wissenschaftliche Untersuchung der medizinischen Arbeit in den Heimen.

Die vorliegende Analyse liefert erstmals eine detaillierte Aufstellung und Auswertung der medizinisch-geburtshilflichen Versorgung in den Lebensbornheimen anhand organisationseigener Statistiken sowie Datensätzen aus Standesämtern und Kreisarchiven in der Nähe der ehemaligen Lebensbornheime. Im Folgenden soll der Fragestellung nachgegangen werden, wie sich die geburtshilflichen Ergebnisse (Geburtenzahl, Geburtsmodus, kindliche und maternale Sterberaten, Wochenbettkomplikationen) in den Lebensbornheimen im Vergleich zu Gesamtdaten des Deutschen Reiches der 1930er bzw. 1940er Jahre gestalteten.

Die vorliegende Arbeit liefert damit einen neuen, die bisher publizierten Forschungsergebnisse ergänzenden Beitrag zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Institution Lebensborn.

Als Sekundäraspekt soll die Rolle der sogenannten beratenden Fachärzte im Rahmen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und fachärztlichen Supervision in den Heimen beleuchtet werden. Diese Untersuchung basiert auf der Recherche zu den strukturellen Gegebenheiten und Korrespondenzen sowie Kommentaren bezüglich der geburtshilflichen Ergebnisse und wird deshalb bei der Einordnung und Darstellung der Institution Lebensborn in der Einleitung bearbeitet.

---

<sup>7</sup> Zur detaillierten Beschreibung der Funktionsweise des Lebensborn muss an dieser Stelle auf die Arbeiten von u.a. Lilienthal(8), Koop(3), Bryant(14), Schmitz-Köster(16) und Neumaier(104) verwiesen werden, da eine erneute Darstellung der Organisation neben der hier gestellten Zielsetzung der Arbeit den Rahmen der Dissertation übersteigen würde.

## 1.2 Bevölkerungspolitische Entwicklung im Deutschen Reich nach dem Ersten Weltkrieg bis 1933

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts sanken die Geburtenzahlen im Deutschen Reich (Abbildung 1). Die Geburtenziffer<sup>8</sup> sank von 1850 bis 1914 stetig und erreichte 1917 (kriegsbedingt) ein Minimum von nur knapp 14‰. Nach einem kurzzeitigen Anstieg im Jahr 1920 sank sie jedoch wieder deutlich bis 1933 auf 14,7‰(9).

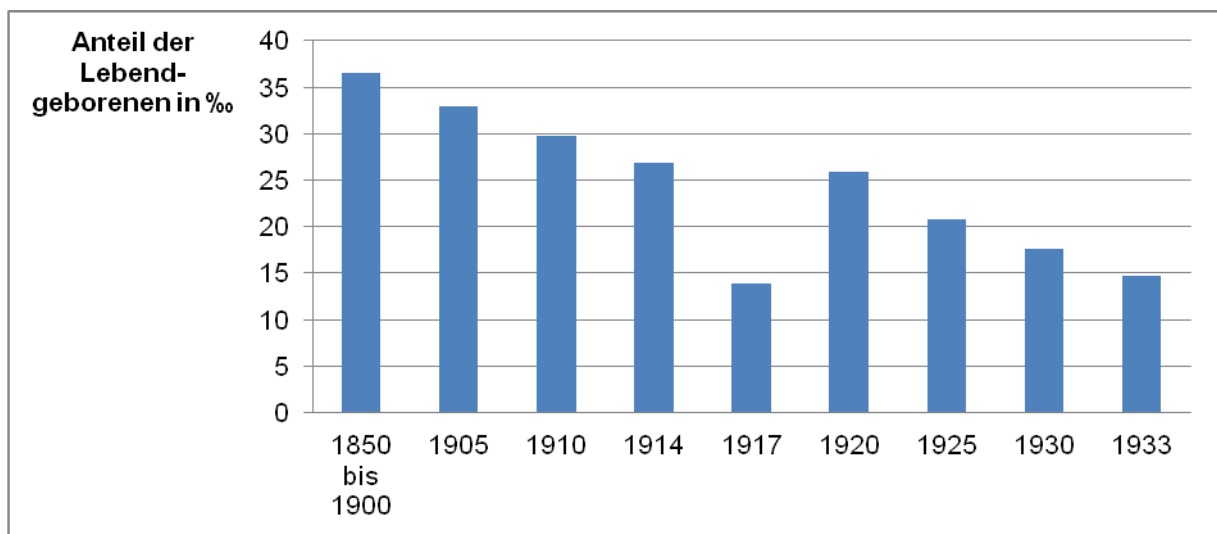
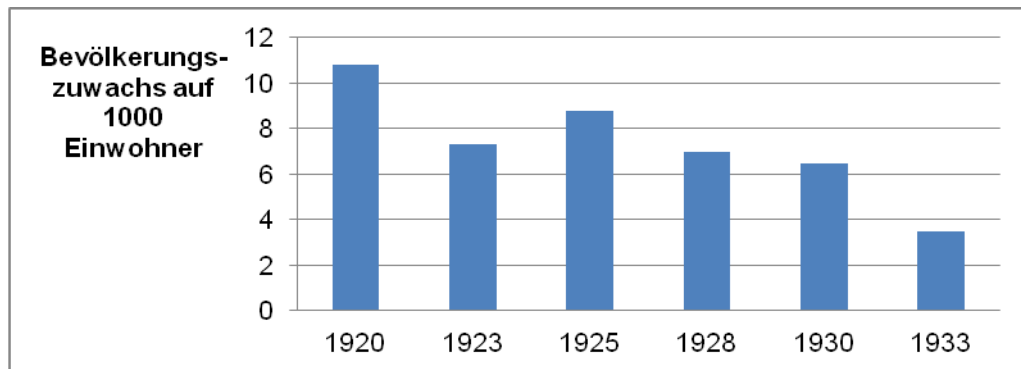


Abbildung 1: Geburtenziffer im Deutschen Reich von 1900 bis 1933(9)

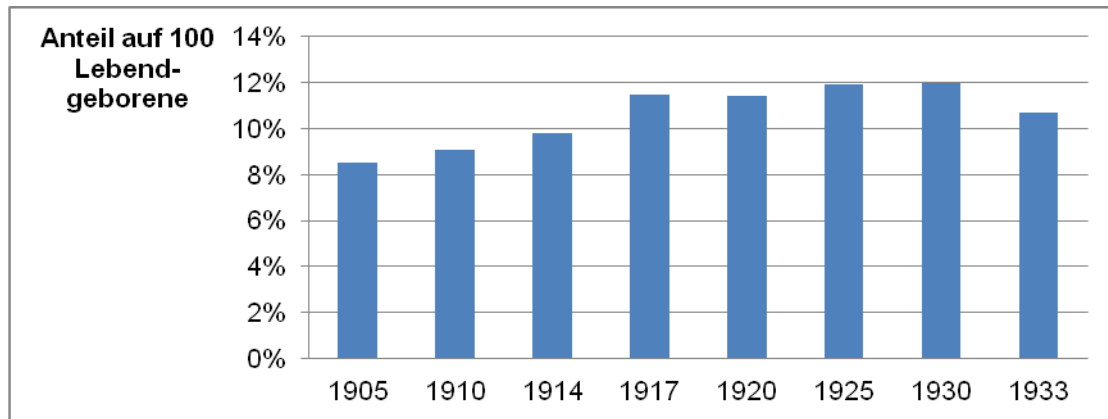
Maßgebliche Ursache war zum einen der nach dem Ersten Weltkrieg resultierende Frauenüberschuss. Nach Erhebungen des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP kamen auf 100 Frauen nur 81 Männer(3). Zum anderen wurde die britische Seeblockade während des Krieges mit ihren Folgen auf die Bevölkerung, die schlechten Nachkriegsbedingungen sowie die soziale und gesellschaftliche Unsicherheit gegen Ende der Zwanzigerjahre für den fortbestehenden Rückgang der Geburtenzahlen über das Kriegsende hinaus verantwortlich gemacht(2,10). Zwar stieg insgesamt die Bevölkerungszahl noch an, d.h. die Lebendgeborenen überstiegen noch die Anzahl der Verstorbenen, von 1923 bis 1933 halbierte sich jedoch die Rate des Bevölkerungszuwachses (Abbildung 2). Der Rückgang der Geburtenrate hielt demnach länger an, als die gelieferten Argumente der Kriegs- und Nachkriegszeit allein erklären konnten und erreichte bis 1933 ein deutliches Tief, das sich die Nationalsozialisten für die Begründung ihrer Bevölkerungspolitik zunutze machten.

<sup>8</sup> Geburtenziffer: Anteil Lebendgeborener auf 1000 Einwohner.



**Abbildung 2: Bevölkerungszuwachs im Deutschen Reich zwischen 1920 und 1933(9)**

Die Nationalsozialisten nutzten und schürten die Angst vor dem Aussterben der deutschen Bevölkerung durch die tatsächlich deutlich sinkenden Geburtenzahlen. Als Lösung boten sie eine im Sinne der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik selektive Geburtenförderung zur Stabilisierung und Steigerung der Bevölkerungszahl an. Nach Hitlers Machtergreifung 1933 wurde eine Volkszählung durchgeführt, die Aufschluss über die tatsächlichen Daten der deutschen Bevölkerung liefern sollte. Allerdings ging es bei dieser Bestandsaufnahme vor allem um eine Erfassung der zeugungsfähigen Männer und Frauen, von denen im Sinne der nationalsozialistischen Rassenpolitik und zugunsten der Geburtenförderung Kinder besonders erwünscht waren. Der Direktor des Statistischen Reichsamtes Friedrich Burgdörfer nannte diese Erfassung eine "Familienstatistik" und "erbbiologische Bestandsaufnahme"(11), auf deren Grundlage die weiteren Maßnahmen zur Geburtensteigerung und gelenkten Verhinderung von im Sinne der Rassenhygiene "unwerten" Geburten getroffen werden sollten. Außerdem zeigte sich bis 1930 bei der Betrachtung der Geburtenstatistik noch ein steigender Anteil der unehelich geborenen Kinder auf 12% im Vergleich zu unter 10% vor dem Ersten Weltkrieg(9)(Abbildung 3), der vor allem auf den kriegsbedingten Frauenüberschuss zurückgeführt wurde(3).



**Abbildung 3: Anteil der unehelich Geborenen auf 100 Lebendgeborene im Zeitraum von 1905 bis 1933(9)**

Die Ergebnisse der Volkszählung von 1933 bestätigten einen Ausgleich des Frauenüberschusses nach dem Ersten Weltkrieg. Demnach kämen auf 1000 Männer nun 999 Frauen(3). Der Direktor des Statistischen Reichsamtes Friedrich Burgdörfer schloss daraus,

"dass nach der heutigen Bevölkerungsstruktur keinerlei Grund vorliegt, die außereheliche Fortpflanzung irgendwie zu fördern, denn jegliche außereheliche Fortpflanzung, die ja nicht zur Eheschließung der beiden Eltern führt, trägt die Gefahr in sich, dass die außereheliche Mutter überhaupt nicht zur anderweitigen Eheschließung kommt, sie wird im allgemeinen ja nur ein Kind zur Welt bringen."(zitiert in 3)

Eine sogenannte forcierte Unehelichenpolitik, durch die unverheiratete Schwangere und uneheliche Kinder geschützt und gefördert werden sollten, sei nach diesen Ergebnissen bevölkerungspolitisch nicht zu rechtfertigen, ja sogar kontraproduktiv.

Im Folgenden sollen die Aspekte der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik zur Geburtensteigerung ausgeführt sowie die Maßnahmen und zugrunde liegenden ideologischen Grundsätze erläutert werden, derer sich die Nationalsozialisten bedienten. Nur in diesem Zusammenhang kann die Entstehung und Etablierung einer Institution wie dem Lebensborn begründet werden.

### 1.3 Elemente der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik

Die nationalsozialistische Bevölkerungspolitik wurde maßgeblich durch die von Dr. Alfred Ploetz (1860 bis 1940) und Wilhelm Schallmayer (1857 bis 1919) in Deutschland begründete Rassenhygiene getragen. Diese hatte ihren Ursprung in der Eugenik, die bereits um 1880 von Sir Francis Galton (1822 bis 1911) in England entwickelt worden war und sowohl pro- als auch antinatalistische Elemente der Bevölkerungsentwicklung beinhaltete. Darunter verstanden die Verfechter der Eugenik und Rassenhygiene Maßnahmen, die auf ein gezieltes Eingreifen in die Geburtenrate der Bevölkerung hinausliefen: Beschränkung und Verhinderung von rassisch "minderwertigem" Nachwuchs auf der einen, Unterstützung und Steigerung von rassisch "wertvollem" Nachwuchs zur "Aufnordnung" auf der anderen Seite(8,12). In der historischen und gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung dieser beiden Elemente der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik haben sich die Termini "Pronatalismus" und "Antinatalismus" durchgesetzt(13,14), die auch in dieser Arbeit verwendet werden sollen.

Die pronatalistischen Maßnahmen drückten sich vor allem in sozialpolitischen Maßnahmen aus(15), durch die der Kinderreichtum finanziell unterstützt und die Frau als Mutter idealisiert werden sollte(16). In Form eines Ehestandsdarlehens konnten seit Juni 1933 nach Prüfung der arischen Abstammung und Erbgesundheit staatliche Kredite vergeben werden, solange die Frau ihren Beruf nach der Heirat aufgab und sich der häuslichen Arbeit widmete(11,16). Mit jedem geborenen Kind reduzierte sich der Rückzahlungsbetrag um 25%, sodass die Familie bei Geburt des vierten Kindes schuldenfrei war. Doch die Finanzhilfe wurde von der Bevölkerung nur spärlich in Anspruch genommen. Bis 1937 hatte nur ein Viertel der Paare davon Gebrauch gemacht(11). Offensichtlich lag einer der Gründe für die geringe Antragstellung an der Voraussetzung der mütterlichen Berufslosigkeit, denn die Anträge verdoppelten sich von 1937 bis 1939, nachdem diese Bedingung aufgehoben worden war(11). Zusätzliche Maßnahmen umfassten Kindergeld, welches Familien ab dem fünften (ab 1935), ein Jahr später schon ab dem dritten Kind ausgezahlt wurde(15), sowie Steuererleichterungen für kinderreiche Familien(8,10,15).

Der nationalsozialistische Staat wurde jedoch nicht nur bei der Unterstützung der bereits geschlossenen Ehen aktiv, sondern griff bereits bei der Eheschließung selektierend ein. Ab Oktober 1935 waren werdende Eheleute verpflichtet, ein sogenanntes "Ehetauglichkeitszeugnis" vorzuweisen, bei der die "Erbgesundheit" der

Partner bestätigt werden musste(16). Auf der anderen Seite erklärte ein neues Ehegesetz im Jahre 1938 Kinderlosigkeit aufgrund von Unfruchtbarkeit oder Ablehnens eines der Ehepartner als legitimen Scheidungsgrund(16,17). Anhand dieser sozialpolitischen Maßnahmen wird die Verzahnung der pro- sowie antinatalistischen Programme der Nationalsozialisten deutlich, durch die eine selektierte Geburtensteigerung erzielt werden sollte.

Zusätzlich wurde mit allen Mitteln die Angst vor einem drohenden Aussterben der deutschen "erbgesunden" Bevölkerung geschürt(11). Die Propaganda betonte immer wieder die Notwendigkeit der Steigerung nur "erwünschter" Geburten(15). Deshalb wurde die Geburtenförderung durch antinatalistische Maßnahmen begleitet, wie dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (GzVeN)<sup>9</sup> und dem Erbgesundheitsgesetz, das ab Januar 1934 die Zwangssterilisierung von Menschen mit Erbkrankheiten legitimierte, darunter angeborener Schwachsinn, Epilepsie, Schizophrenie, angeborene Blindheit und Taubheit und angeborene körperliche Missbildungen(12). Auch sog. "Asoziale" fielen unter dieses Gesetz, sodass ebenfalls Alkoholismus, Homosexualität und Prostitution Indikationen zur Zwangssterilisierung darstellen konnten(16). Anhand der Gesetzeslage zu künstlichen Schwangerschaftsabbrüchen zeigten sich die beiden ergänzenden Elemente der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik in engster Beziehung. Während die Abtreibung bei deutschen Frauen grundsätzlich verboten war und die Durchführung mit Freiheits- und hohen Geldstrafen geahndet wurde(11), wurde durch die Erweiterung des Erbgesundheitsgesetzes im Jahr 1935 die Abtreibung bei Frauen legal, bei denen selbst oder bei deren ungeborenem Kind eine Erbkrankheit vermutet wurde(11). Nach diesem Gesetz sollten die Frauen im selben Zuge ebenfalls zwangssterilisiert werden(15).

Heinrich Himmler, seit 1929 Reichsführer-SS, konstatierte als maßgebliche Ursache der sinkenden Geburtenzahlen im Deutschen Reich neben der Homosexualität und den Geschlechtskrankheiten mit folgender (weiblicher) Unfruchtbarkeit vor allem die hohe Zahl an Abtreibungen(10). Trotz der Verschärfung des Abtreibungsverbots 1933 schätzte er die in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche auf

---

<sup>9</sup> Bereits in der Weimarer Republik wurden juristische Vorbereitungen getroffen, die eine Verabschiedung des Gesetzes bereits im Jahr 1933 möglich machten(12).

zwischen 600 000 und 800 000 pro Jahr.<sup>10</sup> Himmler beklagte neben den dadurch ungeborenen Kindern und potentiellen Soldaten vor allem die Verluste an Frauen, die durch fachlich unzureichende Eingriffe unfruchtbar gemacht würden oder sogar verstarben(3,8). Für Himmler ergab sich daher die Notwendigkeit einer Unehelichenpolitik mit dem Ziel der gesellschaftlichen Gleichstellung der verheirateten und ledigen Mutter(3,8), da er die hohe Abtreibungszahl auf den gesellschaftlichen Druck auf die unverheiratete Schwangere zurückführte(8,11). Für das Ziel einer effektiven Geburtensteigerung im Deutschen Reich sei es bevölkerungspolitisch notwendig, uneheliche Geburten von jeder gesellschaftlichen Kritik und Verurteilung freizusprechen(3,18). Als besondere Schwierigkeit stellte sich die Gratwanderung zwischen Aufrechterhaltung des nationalsozialistischen Ideals der kinderreichen Ehe einerseits und der Aufwertung der unverheirateten Schwangeren und ihrem unehelichen Kind andererseits heraus. Die geplante Unehelichenpolitik stieß im Gegensatz zu anderen Maßnahmen auf Widerstand durch gesellschaftlich tief verwurzelte Abneigung und Zweifel an der Gleichwertigkeit ehelicher und lediger Mutterschaft(8,10). Gesetzlich geregelte Reformen in dieser Angelegenheit kamen nur schleppend voran und wurden schließlich auf die Zeit nach dem Krieg verschoben(8). Auch in der SS selbst, die Himmler als Elite der deutschen Bevölkerung ansah, richteten sich seine Bemühungen auf die Kontrolle und Sicherung des "erbgesunden" Nachwuchses. Himmler forderte von SS-Familien eine Mindestanzahl von vier Kindern(19). Allerdings zeigt eine Statistik über den Familienstand und die Kinderanzahl von SS-Angehörigen eine durchschnittliche Kinderanzahl von lediglich 1,5 pro SS-Ehe (20). Seit 1932 mussten im Zuge des Verlobungs- und Heiratsbefehls nicht nur SS-Mitglieder, sondern auch die zukünftigen Ehefrauen Nachweise über ihre arische Abstammung und Erbgesundheit liefern, um so in den „Orden der SS“ aufgenommen werden zu können(8). Immer wieder appellierte Himmler an die Pflicht, möglichst früh und möglichst viele Kinder zu bekommen, unter anderem in seinem als "Zeugungsaufruf" bekannten Erlass vom Oktober 1939(21) und seinem "Befehl an die letzten Söhne"(16). Dabei bezog er auch außereheliche Verbindungen und daraus

---

<sup>10</sup> Reichert berechnete dagegen für das Jahr 1938 lediglich 60 000 Abtreibungen und zitiert die Arbeit von Philipp, der im selben Jahr auf immerhin 120 000 Abtreibungen kam(184).



entstehende uneheliche Kinder als notwendigen Erfolgsgaranten für das Fortbestehen des deutschen Volkes ein(21).<sup>11</sup>

Nach Ausbruch des Krieges hatte Himmler immer extremere Ideen zur Geburtensteigerung. So sollten Ehefrauen von SS-Offizieren in frontnah gelegenen Hotels untergebracht werden, damit vor deren Fronteinsatz noch Kinder gezeugt werden konnten(3). Außerdem sollten verheiratete SS-Führer außerplanmäßigen Urlaub nehmen dürfen, um sich mit ihren Ehefrauen in den fruchtbarsten Tagen ihres Zyklus zu treffen(8,11). In einem Schreiben aus dem Jahr 1943 formulierte Himmler:

"Das wichtigste, was ich erreichen kann und will ist, daß möglichst jeder SS-Mann, bevor er fällt, ein Kind hat."(zitiert in 8)

Vor diesem Hintergrund der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, die sich aus pro- und antinatalistischen Konzepten zusammensetzte, wollte sich Himmler durch die Gründung einer Organisation wie dem Lebensborn die Möglichkeit verschaffen, in kleinem Rahmen und ohne Beeinträchtigung durch gesellschaftliche Widerstände seine Vorstellungen einer Unehelichenpolitik umzusetzen und mit nationalsozialistischer Propaganda verknüpft in den Dienst der Geburtensteigerung im Deutschen Reich zu stellen. In einem Lebensbornprospekt liest es sich folgendermaßen:

"Denn wenn schon der Staat heute den mit Erbkrankheiten behafteten Teil des Volkes von der Fortpflanzung ausschließt, so muß auf der anderen Seite jedes erbgesunde Leben guten Blutes, das zur Welt kommt, gefördert und um jeden Preis erhalten werden."(18)

#### **1.4 Geschichte der Entbindungsanstalten**

Die Idee und Einrichtung von Entbindungs- und Wöchnerinnenheimen hatte ihren Ursprung bereits im 18. Jahrhundert mit der Errichtung von so genannten Accouchierhäusern von Universitätskliniken(14,22). Vor allem Schwangere unterer sozialer Schichten und uneheliche Schwangere konnten in diesen Heimen in einem

---

<sup>11</sup> Da diese Aufforderung einen empörten Aufschrei in der Bevölkerung nach sich zog, korrigierte er bereits im Januar 1940 seine Aufforderung dahingehend, dass dies keine Legitimation für Übergriffe auf junge und verheiratete Frauen sei, deren Männer an der Front eingesetzt waren(185).

geschützten Rahmen und unter ärztlicher Aufsicht ihre Kinder zur Welt bringen und auch in der Zeit des Wochenbettes im Heim verbleiben. Als Gegenleistung hatten sie sich für Untersuchungen und geburtshilfliche Eingriffe den auszubildenden Ärzten an Universitätskliniken zur Verfügung zu stellen(22,23). Die Geburtshilfe sollte als medizinisches Fachgebiet dadurch auch fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung werden, um die Physiologie und Pathologien in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett besser verstehen und behandeln zu können(22). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden zunehmend Entbindungsanstalten im Deutschen Reich eingerichtet(24), da die geburtshilflichen Stationen der Universitätskliniken nicht ausreichten und sich viele Schwangere nicht als Studienobjekt zur Verfügung stellen wollten(23). Durch die Fortschritte im Bereich der Aseptik und Anästhesie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde das Risiko der Infektion im Wochenbett vor allem nach geburtshilflich-operativen Eingriffen stark reduziert, sodass die auf das klinische Umfeld beschränkte operative Geburtshilfe einen Aufschwung erlebte(22,25). Um die Müttersterblichkeit weiter zu senken, sollte auch die Versorgung im Wochenbett gesichert werden, sodass sowohl für verheiratete als auch für uneheliche Frauen Heime eingerichtet wurden, in denen sie unter pflegerischer Aufsicht und Schulung in Säuglingspflege ihr Wochenbett verbringen konnten(24). Um die Jahrhundertwende rückte die Versorgung der Schwangeren und Wöchnerinnen immer weiter in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit, sodass mit steigender Inanspruchnahme der Entbindungsheime auch die staatliche Unterstützung für diese Einrichtungen zunahm(23). Neben Universitätskliniken richteten nun auch andere, davor größtenteils rein operativ-gynäkologische Kliniken Entbindungsstationen für (uneheliche) Schwangere ein(23). In diesem Zusammenhang ist auch die Versorgung sogenannter Hausschwangerer in den (meist Universitäts-)Kliniken zu nennen. Hausschwangere waren Frauen, die schon einige Zeit vor der Entbindung in die Klinik aufgenommen wurden und dort gegen Verrichtung leichter Arbeiten und, indem sie sich für Untersuchungen durch auszubildende Ärzte zur Verfügung stellten, medizinische Versorgung erhielten(25,26). Die Rate an Anstaltsentbindungen stieg mit regionalen Unterschieden im Deutschen Reich zu Beginn des 20. Jahrhunderts stetig an. In Frankfurt am Main machten die Anstaltsentbindungen 1920 bereits einen Anteil von 40% aus, während noch um 1900 lediglich 10% der Geburten in Anstalten stattfanden(24). Während im Deutschen Reich 1936 und 1939 insgesamt ca. 25% der Geburten Anstaltsentbindungen waren(2,27), machten diese in Frankfurt um 1930

ganze 70% aus(24).<sup>12</sup> Die klinische Geburtshilfe erfuhr in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts einen Aufschwung und stellte aufgrund der schneller und besser zur Verfügung stehenden operativ-geburtshilflichen Maßnahmen zunehmend eine attraktive Alternative zur Hausentbindung dar(22). Vor allem in der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen entfachte eine heftige Diskussion um die Rolle der Anstaltsgeburt versus Hausgeburt, die sich in der Zeit des Nationalsozialismus verschärfte mit führenden Gynäkologen und Geburtshelfern als Befürworter der klinischen Geburtshilfe auf der einen Seite und der nationalsozialistischen Propaganda ausgerichtet auf die Förderung einer möglichst natürlichen Geburtshilfe im häuslichen Umfeld auf der anderen Seite(22,25). Mit der Befürwortung der Hausgeburt vor der Klinikgeburt wurde jedoch unehelichen Schwangeren die Möglichkeit erschwert, trotz womöglich fehlender familiärer oder finanzieller Unterstützung ihre Schwangerschaft auszutragen und in einer Klinik niederzukommen. Daher sollte sich wiederum der im Sinne der Rassenhygiene "wertvollen" Schwangeren angenommen und deren Kinder vor dem Schwangerschaftsabbruch bewahrt werden. Für diesen Zweck wurden nach 1933 neue Institutionen ins Leben gerufen, die die Aspekte häuslicher Geburtshilfe, bestimmt durch die Arbeit von Hebammen im familiären Umfeld der Schwangeren, und klinischer Geburtshilfe, bestimmt durch die Möglichkeit zur Anonymität und Geheimhaltung der Geburt bei gleichzeitig fachärztlicher Betreuung, in der Versorgung der Schwangeren und Mutter miteinander verbinden sollten.

### **1.5 Entstehung und Ausbau des „Lebensborn e.V.“**

Bereits im März 1934 hatte sich die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) mit der Gründung des "Hilfswerks Mutter und Kind" der Fürsorge werdender Mütter sowie deren Unterstützung nach der Entbindung verschrieben. Auch diese Organisation agierte dabei nur für Frauen, die der Rassenhygiene entsprachen, richtete seine Bemühungen jedoch auch schon auf unverheiratete Frauen aus(8). Auf einer Tagung der "Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind" im Mai 1937 definierte ein Redner<sup>13</sup> die nationalsozialistische Volkswohlfahrt mit den Worten:

---

<sup>12</sup> Angaben über das Verhältnis zwischen Anstalts- und Hausgeburten im Deutschen Reich der 1920er und 1930er Jahre differieren zum Teil stark. Major hielt in ihrer Dissertation für das Jahr 1933 eine Rate an Anstaltsentbindungen von 63% im Deutschen Reich fest(22), wohingegen Moissl im Jahr 1933 lediglich 16,1% an Anstaltsentbindungen veranschlagte (83,9% Hausgeburten)(25).

<sup>13</sup> Dr. O. Walter am 21. bzw. 22. Mai 1937 in Bad Wildbad(14, Anmerkung Nr.78).

"Nicht der Asoziale und Antisoziale, nicht der Willensschwache und Minderwertige hat unsere Hilfe zu erwarten; sie konzentriert sich vielmehr auf die Gesunderhaltung des willensstarken, gesunden, entwicklungsfähigen Menschen, dessen Fähigkeiten und Leistungen einen hohen Nutzen für die Gesamtheit des Volkes haben."(zitiert in 14)

Mit der Gründung des „Lebensborn e.V.“ am 12. Dezember 1935 in Berlin wollte Himmler sich und die SS ebenfalls aktiv in der Gestaltung des bevölkerungspolitischen Kurses etablieren(8). Auch wenn die SS und die NSV zunächst einige Jahre gemeinsam tätig waren und sich auch finanziell unterstützten, war diese Beziehung von starker Konkurrenz geprägt. Schließlich kam es 1939 zu einem Bruch der Zusammenarbeit und die Organisationen arbeiteten getrennt parallel weiter(16).

Am 23. März 1936 wurde der Lebensborn in das Vereinsregister des Amtsgerichts Berlin eingetragen, wodurch er als Eigentümer der geplanten Heime und dem zugehörigen Landbesitz auftreten konnte, zunächst noch angegliedert an das Rasse- und Siedlungshauptamt (RuSHA). Himmler wollte allerdings den Verein gänzlich der Kontrolle und dem Einblick anderer staatlicher Organisationen entziehen(3,8). Die Umsiedlung des Hauptsitzes des Lebensborn von Berlin, dem Standort des RuSHA, nach München am 01. März 1938 markierte schließlich die endgültige Loslösung und Verselbstständigung des Vereins, der seit Beginn 1938 nur noch Himmler selbst als Reichsführer-SS und seinem Persönlichen Stab unterstellt war(3,8). Eine wichtige Rolle bei dieser Entwicklung spielte auch Dr. Gregor Ebner, der als ärztlicher Leiter im Lebensborn tätig war und zu Himmlers engerem Freundeskreis gehörte. Ebner, geboren 1892 in Oberbayern, verstorben 1974, praktizierte von 1920 bis 1937 als niedergelassener Allgemeinmediziner und war von 1930 bis 1933 Himmlers Hausarzt. Er war bereits 1930 der NSDAP (Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei) beigetreten und seit 1937 zunächst als leitender Arzt des Heimes Hochland beim Lebensborn angestellt, ab Februar 1938 als ärztlicher Leiter aller Lebensbornheime und Geschäftsführender Vorstand (3,4,8).

Mit dem Ausbau der Organisation Lebensborn zwischen 1937 und 1940 wurde immer deutlicher, dass die Lebensbornführung unter SS-Obersturmbannführer Guntram Pflaum (1903 bis 1945, als vermisst gemeldet) zunehmend überfordert war, die finanzielle Situation war prekär(8). Pflaum wurde nach einem Eklat mit Ebner und bei

Offenbarung der finanziellen Krise des Vereins aus dem Lebensborn entlassen und seine Stelle von SS-Obersturmbannführer Max Sollmann (1904 bis vermutlich nach 1970) übernommen, der die Finanzkraft des Vereins wiederherstellen sollte(3,8,14) und diese Position bis Kriegsende ausübte. Im Zuge der Loslösung aus dem RuSHA wurde am 10. Februar 1938 eine neue Satzung verabschiedet, in der die auf die nationalsozialistische Rassenideologie ausgerichtete Zielsetzung festgehalten ist:

"Seine Aufgaben liegen auf bevölkerungspolitischem Gebiet. 'Lebensborn' hat den Kinder-Reichtum in der SS zu unterstützen, jede Mutter guten Blutes zu schützen und zu betreuen und für hilfsbedürftige Mütter und Kinder guten Blutes zu sorgen."(28)

Die Unterstützung kinderreicher SS-Familien bestand in finanziellen Beihilfen ab dem fünften Kind und wurde als erstes Ziel des Vereins in der Satzung festgehalten(28). Von diesen Zahlungen, die ohnehin nur einen geringen Anteil an den Gesamtausgaben des Lebensborn darstellten, wurde der Verein allerdings nach 1942 befreit. Dies verdeutlicht, dass sich die Zielrichtung der Lebensborn-Aktivitäten mit Ausbruch des Krieges immer mehr verschob und später nicht schwerpunktmäßig, wie propagiert, auf der Fürsorge kinderreicher SS-Familien lag. Die Bemühungen des Lebensborn richteten sich vielmehr auf die Unterstützung schwangerer Frauen sowie die Fürsorge der jungen Mütter und ihrer Kinder nach der Entbindung:

"(...)

2. rassisch und erbbiologisch wertvolle, werdende Mütter zu betreuen, bei denen nach sorgfältiger Prüfung der eigenen Familie und der Familie des Erzeugers durch den Verein anzunehmen ist, daß gleich wertvolle Kinder zur Welt kommen,
3. für diese Kinder zu sorgen,
4. für die Mütter der Kinder zu sorgen"(28)

Der Lebensborn etablierte sich - forciert durch das Engagement Himmlers - zwischen den übrigen parteiangegliederten Institutionen und setzte in seiner Arbeit die Prinzipien der "Auslese" und "Ausmerze" in die Tat um. Interessanterweise erlangte der Lebensborn seine Einzigartigkeit im Gefüge der nationalsozialistischen

Bevölkerungspolitik durch Maßnahmen, zu denen sich die Leitung des Vereins aufgrund der bestehenden gesellschaftlichen Moralvorstellungen über uneheliche Geburten gezwungen sah. Resultat war eine Gratwanderung zwischen der nationalsozialistischen Propaganda zugunsten der auf der Ehe basierenden Familie und der Unterstützung der unverheirateten Schwangeren, für deren geheim zu haltende Schwangerschaft und Geburt eigene Meldeämter in den Lebensbornheimen eingerichtet werden mussten(3,29,30).

Finanziert wurde die Arbeit zum Teil aus den Mitgliederbeiträgen der Vereinsmitglieder des Lebensborn. Hauptamtliche SS-Führer waren zur Pflichtmitgliedschaft im Verein und einer monatlichen Beitragszahlung verpflichtet, für andere SS-Angehörige war die Mitgliedschaft freiwillig(8). Allerdings reichten die Mitgliedsbeiträge nicht annähernd für die Deckung der Kosten, auch die Mitgliedszahlen blieben weit hinter den Erwartungen zurück(3,8,10,14). Zum großen Teil wurden deshalb die Ausgaben durch Zahlungen der NSV,<sup>14</sup> staatliche Zuschüsse, ab 1940 jährlich vom Reichsfinanzministerium, sowie Spendenzahlungen wirtschaftlicher Unternehmen gedeckt(8,10). Außerdem erhielt der Verein Grundbesitz und Heime in Form von Schenkungen (z.B. Heim Pommern in Bad Polzin) oder nach Enteignungen von Juden und emigrierten Personen(8,14,16,31).

### **1.6 Die Heime des „Lebensborn e.V.“**

Als erstes Lebensbornheim wurde in Steinhöring bei Ebersberg/Oberbayern das Entbindungsheim Hochland am 15. August 1936 eröffnet. Mit einer Belegkapazität von 50 Mütterbetten und 109 Kinderbetten im Jahr 1940 gehörte es zu den größten der deutschen Heime und hatte eine Beispielfunktion(30). Vor allem ab 1940 wurde im Zuge der steigenden Säuglingssterblichkeit im Lebensborn, u.a. zurückzuführen auf die deutliche Überbelegung der Heime mit Säuglingen und Kindern, der Heimbetrieb vermehrt aufgeteilt in Entbindungs- und Kinderheime.

In der Zeit von 1936 bis 1945 wurden im „Großdeutschen Reich“ folgende Heime unterhalten:

---

<sup>14</sup> Bis einschließlich 1939 erhielt der Lebensborn von der NSV Zuschüsse von insgesamt ca. 2,5 Mio. RM zur Einrichtung der Entbindungsheime(8).

Heim Hochland (Steinhöring)	Eröffnung 15. August 1936
Heim Harz (Wernigerode)	Eröffnung September 1937 (Entbindungen bereits im Juni)
Heim Kurmark (Klosterheide/Mark)	Eröffnung September 1937
Heim Pommern (Bad Polzin)	Eröffnung Mai 1938
Heim Friesland (Gut Hohehorst, Bremen)	Eröffnung Mai 1938, Schließung Januar 1941; Wiedereröffnung Jahresende 1944
Heim Ostmark, später umbenannt Heim Wienerwald (Wien, Österreich) <sup>15</sup>	Eröffnung Oktober 1938
Heim Taunus (Wiesbaden)	Eröffnung November 1939 als Kinderheim; Eröffnung Oktober 1943 als Entbindungsheim
Heim Sonnenwiese (Kohren-Salis)	Eröffnung Oktober 1941 als Kinderheim
Heim Schwarzwald (Nordrach)	Eröffnung November 1942
Heime Franken I und II (Schalkhausen, Ansbach)	Kinderheime, Ausweichheime ab Juli 1944

**Tabelle 1: Entbindungs- und Kinderheime des Lebensborn zwischen 1936 und 1945 im „Großdeutschen Reich“**

Das Kriegsgeschehen nahm ebenfalls Einfluss auf die Arbeit des Lebensborn. Als die Luftangriffe der Alliierten 1941 im Norden Deutschlands immer weiter zunahmen, wurde das Heim Friesland bei Bremen evakuiert, die Kinder nach Steinhöring gebracht und der Heimbetrieb eingestellt. Erst 1944 nahm das Heim wieder seine Arbeit auf, auch als Durchgangsstation für Kinder und Mütter, die aus Norwegen in das Deutsche Reich gebracht wurden(16).

<sup>15</sup> Das Heim Ostmark/Wienerwald wurde in der vorliegenden Studie in die Auswertung der geburtshilflichen Ergebnisse aufgenommen, da die Lebensbornstatistiken nach dem Anschluss Österreichs zum Teil keine Trennung der Statistiken vornahmen, vgl. Kapitel 2.2.

Auch im Ausland errichtete der Lebensborn eigene Entbindungs- und Kinderheime, unter anderem in Norwegen, Dänemark, Belgien, Luxemburg, Frankreich und Polen. Insgesamt waren 17 Heime in Betrieb(8,16).<sup>16</sup> Da in der vorliegenden Arbeit nicht auf die geburtshilflichen Ergebnisse in diesen (nicht-deutschen) Heimen eingegangen wird, wird für tiefergehende Informationen über die Lebensbornheime im Ausland an dieser Stelle auf Referenzliteratur verwiesen(3,8,14,16).

### **1.6.1 Funktionsweise des „Lebensborn e.V.“**

Dass der Lebensborn gänzlich im Dienst der nationalsozialistischen Rassenpolitik agierte und die soziale Unterstützung nicht jeder ledigen Mutter anbot, war seit der Gründung des Vereins mit dem Grundsatz "Heilig soll uns sein jede Mutter guten Blutes"(28) verdeutlicht worden(8). In den meisten Fällen hatten die Väter der in den Heimen entbundenen Kinder bei ihrer Aufnahme in die SS bereits den Nachweis über ihre „erbgesunde“ Abstammung erbracht. Von der Schwangeren bei Antrag zur Heimaufnahme einzureichen waren ein Nachweis der arischen Herkunft bis 1800, ein Erbgesundheitsbogen über familiär vererbte Krankheiten, ein ärztlicher Untersuchungsbogen, der die Gesundheit und rassische Beurteilung dokumentierte und ein persönlicher Fragebogen mit Bild(8). War der Kindsvater nicht bekannt oder nicht eindeutig festzustellen, wurde die Heimaufnahme abgelehnt(32). Die ärztliche Untersuchung konnte von jedem deutschen Arzt durchgeführt werden und bildete u.a. die Grundlage für die geburtshilflich-medizinische Selektion der aufgenommenen Mütter, sodass zum Teil Frauen, bei denen ein höheres Risiko für Komplikationen unter der Geburt bestand, wie zum Beispiel nach einer Kaiserschnittentbindung, abgelehnt wurden(8).<sup>17</sup> Entsprachen die Frauen nicht den Anforderungen der SS, konnte die Aufnahme in ein Lebensbornheim abgelehnt werden. Im März 1941 wurde die Aufnahme einer jungen Frau abgelehnt, da in "der nahen Verwandtschaft" Schizophrenie bestünde und die Mutter "rein westisch" und jüdisch aussähe, mit dem Zusatz: "So etwas gehört nicht in den Lebensborn"(33). Auch die Einstellung zum Kind, ermittelt durch die Fragebögen, konnte mitunter ausschlaggebend sein. Bei der Ablehnung derselben Mutter wurde ein fehlendes mütterliches Pflichtgefühl

<sup>16</sup> Zusätzlich die beiden österreichischen Heime Alpenland und Ostmark/Wienerwald.

<sup>17</sup> Offensichtlich gab es jedoch keine allgemeinen Regelungen zu diesem Procedere, da im Heim Harz beispielsweise im Jahr 1945 eine Frau mit dem Vermerk "Z.n. [Zustand nach] Sectio"(62) entbunden hat.



beanstandet, da sie angegeben hatte, drei Wochen nach der Geburt wieder entlassen werden zu wollen(33).

Das öffentlich propagierte Bild des Lebensborn als SS-Organisation, deren Mitglieder und Zielgruppe die "rassische Elite" des deutschen Volkes verkörperte, entsprach dabei jedoch nicht durchweg der Realität. Während Ebner in seinem Bericht über das vierjährige Bestehen des Lebensborn behauptet, es hätten von 1935 bis 1939 56% der Anträge nicht den Auslesebestimmungen entsprochen und konnten deshalb nicht aufgenommen werden(32), kam Lilienthal zu dem Schluss, dass tatsächlich eher 75% der Anträge angenommen wurden(8). Koop bezeichnete es als Faktum, dass "fast ein Drittel der Frauen (...) nicht den strengen rassischen Vorstellungen der SS entsprach"(3). Aufgrund der Kriegsverluste hatte man sich in der Lebensbornführung temporär dazu entschieden, die strikten Anforderungen zugunsten der Quantität an Aufnahmen und damit an Geburten herabzusetzen(3,8). Für unverheiratete Frauen galten laut ärztlicher Anordnung Ebners nach wie vor die typischen Auslesebedingungen, während man bei verheirateten Frauen großzügiger verfahren könne(3,14).

Ergänzt wurde in den Lebensbornheimen die "Auslese", wie bereits erwähnt, durch das Prinzip der "Ausmerze". Kindern, die geistig retardiert oder mit Fehlbildungen auf die Welt kamen, entzog der Lebensborn seine Fürsorge, im Falle einer unehelichen Geburt übernahm er nicht (wie sonst) die Vormundschaft(8). Das Prozedere kann nicht für jedes der Kinder, die mit Fehlbildungen auf die Welt kamen, nachvollzogen werden. Für mindestens einen Fall liegen allerdings Unterlagen vor, die zeigen, dass die Verlegung des Neugeborenen in eine Klinik erfolgen sollte, die "auch im Sinne einer Ausmerze tätig"(34) war. Zudem sollte nach medizinischer Untersuchung der Elternteil sterilisiert werden, der für das Auftreten von Fehlbildungen bei einem Kind "verantwortlich"(30) war.

Seit Dezember 1938 wurde zusätzlich zur Beurteilung jeder werdenden Mutter ein Fragebogen angelegt, die Himmler persönlich zur Begutachtung und abschließenden Auswertung vorzulegen waren und deshalb RF (für Reichsführer)-SS-Fragebögen genannt wurden(3). Die jeweiligen Heimleiter sowie Oberschwester der Lebensbornheime hatten diese Fragebögen über jede Mutter ohne deren Wissen über den Verlauf des Heimaufenthaltes zu führen, in denen sie das Verhalten in der Heimgemeinschaft, ihr mütterliches Pflichtgefühl sowie ihre politische Überzeugung bewerteten(3,8,14). Nach dieser Bewertung der charakterlichen, weltanschaulichen

sowie rassistisch (erb-)gesundheitlichen Eigenschaften wurden die Frauen klassifiziert von I (entsprechen den Bedingungen) bis IV (als Erzeuger "unerwünscht"(35)) (bis 1942 gab es drei Stufen). Auch die weitere Unterstützung der Mutter und ihres Kindes durch den Lebensborn und die Übernahme der Vormundschaft wurde auf Basis dieser Einteilung entschieden(8).

Ein besonderer Teil der Leistung des Lebensborn bestand darin, dass von der aufzunehmenden Mutter oder dem Kindsvater ein Antrag auf Geheimhaltung des Heimaufenthaltes und der Entbindung gestellt werden konnte. Dadurch war es nicht nur verheirateten SS-Angehörigen möglich, eine gewünschte, aber außereheliche Beziehung vor der eigenen Familie geheim zu halten(8,14). Auch ledige Schwangere konnten so fernab ihrer bekannten Umgebung ihr Kind bekommen.

Laut Lebensbornstatistik wurden im Zeitraum zwischen November 1941 und Mai 1942 bei 45,5% der Heimaufnahmen Anträge auf Geheimhaltung gestellt(36). Um diese zu gewährleisten, beantragte Himmler bereits im August 1937 die Einrichtung eigener polizeilicher Meldeämter in Berlin, München und Wien für den Lebensborn. In diesen als "Polizeiliche Meldestelle II in ..." geführten Einrichtungen wurden die Schwangeren melderechtlich aufgenommen und ihr wahrer Aufenthalt, ein Entbindungsheim des Lebensborn, verschleiert(29). Außerdem erhielten sie Deckadressen, die sie bei der Abmeldung von ihrer heimatlichen Polizeistelle angeben konnten. Bei diesen Anschriften handelte es sich meist um Privatadressen von Lebensbornmitarbeitern(8), deren gehäufte Erwähnung in Lebensbornakten den späteren Verdacht der gelenkten Fortpflanzung in eigens dafür gemieteten Wohnungen aufkommen ließ(5).

Außerdem wurden heimeigene Standesämter eingerichtet, in denen der Heimleiter als Standesbeamter fungierte, sodass die Geburt unehelicher Kinder nicht an die Geburtsstandesämter der Eltern gemeldet werden musste und geheim bleiben konnte(8). Der uneheliche Status der Geburt wurde nur in der Geburtsurkunde für die Eltern des Kindes festgehalten, für später notwendige Beurkundungen der arischen Abstammung, zum Beispiel für die Schule oder die Aufnahme in der Hitlerjugend, wurden über die Reichsstelle besondere Bescheinigungen ausgestellt(8,17).

Für unehelich geborene Kinder übernahm der Verein "nach eigenem Ermessen"(28) die Vormundschaft und schirmte sie somit von den Jugendämtern ab, die normalerweise die Vormundschaft unehelicher Kinder übernahmen(2,3,8). Die Vormundschaft konnte auch vorenthalten werden, wenn das Kind nicht den Auslesekriterien der SS entsprach, oder wieder entzogen werden(16). Für die ledigen Mütter stellte dies eine attraktive

Absicherung dar, da sie so finanziell unterstützt wurden und bald nach der Entbindung wieder ihren Beruf aufnehmen konnten, während die Kinder in den Heimen bleiben konnten(8). Außerdem konnte der Lebensborn mit Einverständnis der Mutter Kinder zur Adoption an kinderlose SS-Familien vermitteln. Diese Funktion wurde jedoch auch innerhalb der SS stark diskutiert, da man den Müttern nicht zu leicht die Möglichkeit bieten wollte, sich eines Kindes zu "entledigen"(37). Bis zum Kriegsende hatte der Lebensborn ca. 100 Kinder zur Adoption freigegeben und in Familien vermittelt(14). Nach Kriegsausbruch übernahm der Lebensborn auch die Unterstützung von Kindern gefallener SS-Soldaten. Nebensächlich war, ob die Kindseltern bereits verheiratet gewesen waren oder ob das Kind in einem Lebensbornheim zur Welt gekommen war(3,38). Einzig die "rassisch richtige" Abstammung eines SS-Soldaten bildete die Bedingung dieser Unterstützung.

Interessant ist vor allem, dass zum Teil selbst in den eigenen Reihen der SS Unklarheit über bzw. Abneigung gegenüber der Lebensbornarbeit herrschte. So sah sich die Lebensbornführung offensichtlich immer wieder genötigt, das Bild über den Lebensborn nach außen zurechtzurücken und neben der Unterstützung der unehelichen Geburt die nationalsozialistischen Ideale der kinderreichen Ehe als "Fundament des Staates"(39) hervorzuheben.

### **1.6.2 Heimaltag und Betreuung der Mütter und Kinder**

Die Aufenthaltsdauer der Schwangeren richtete sich nach der individuellen Situation der Antragstellerin. Unverheiratete Frauen wurden in der Regel im siebten Schwangerschaftsmonat im Heim aufgenommen, verheiratete Frauen dagegen erst ein paar Wochen bzw. Tage vor der Geburt(8,40). Nach der Geburt wurden Ehefrauen nach zwei Wochen, ledige Frauen dagegen erst nach sechs bis acht Wochen entlassen unter der Vorgabe, während der gesamten Zeit zu stillen(41). Die Ausdehnung der Stilldauer auch über den Heimaufenthalt hinaus wurde als erforderliche Maßnahme zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit angesehen(8,14,42). Aus medizinischer Indikation (z.B. Frühgeburt, Erkrankung, etc.) konnte der Heimaufenthalt auf drei bis maximal vier Monate ausgedehnt werden(43). In der Versorgung der Frauen wurde großer Wert u.a. auf die richtige Brustpflege zur Erhaltung der Stillfähigkeit im Wochenbett gelegt(44). Außerdem war man sehr bemüht, die Ernährung von Säuglingen auch dann zu sichern, wenn die Mutter nicht genug Milch produzierte.

Darüber geben Briefwechsel und Rundschreiben Auskunft, die die Einrichtung von Milchsammelstellen sowie die Anstellung von Ammen und Stillfrauen in den Lebensbornheimen dokumentieren(14,42,45,46).

Die Kosten für den Heimaufenthalt der Mütter und die Betreuung und Pflege ihrer Kinder wurden durch Unterhaltszahlungen der Kindesväter und durch die Krankenkassenleistungen gedeckt, die in der Zeit des Heimaufenthaltes an den Lebensborn ausgezahlt wurden(30,40).

Während ihres Aufenthaltes waren die Mütter zur Teilnahme an sogenannten Mütterschulungskursen verpflichtet. Die Inhalte dieser vom Reichsmütterdienst eingerichteten Kurse konzentrierten sich auf Haushalts- und Säuglingspflege und verdeutlichen die idealisierte Rollenverteilung, die die Nationalsozialisten der Frau als Mutter aufzwangen(8,14,30). Dreimal in der Woche fanden zusätzlich weltanschauliche Schulungen statt, bei denen Vorträge über politische Themen und Rassenkunde gehalten wurden, Kapitel aus Hitlers "Mein Kampf" gelesen und gemeinsam über das Radio Hitlers Reden auf Parteitag an gehört wurden(8,47,48).

Der Heimaltag sollte nicht an einen Klinikaufenthalt erinnern, sondern in ihrer Auslese und "Gleichheit" das Gemeinschaftsgefühl der Frauen stärken(30). Bryant klassifiziert den Lebensborn in seiner Darstellung als "totale Institution"(14), ein Begriff, der geprägt wurde von dem US-amerikanischen Soziologen Erving Goffman (1922 bis 1982). Die Ansprüche und die Ziele einer derartigen Organisation, nämlich Einflussnahme auf die Individualität der Mitglieder, diese zu unterdrücken und Unterschiede bzw. Abweichungen auszuschalten, waren ebenfalls Kernpunkte der Lebensbornphilosophie. Die Maßnahmen, die dafür ergriffen wurden, reichten von einer weitestgehenden heiminternen Gleichstellung ehelicher und lediger Mütter sowie die politische Indoktrination in Form von Schulungen bis hin zur peinlich genauen Planung der Tagesabläufe inklusive Freizeitbeschäftigungen(16). Trotz aller Unterstützung der nationalsozialistischen Politik und der persönlichen Aufwertung durch den Lebensborn als elitäre Einrichtung der SS stießen einige Maßnahmen, vor allem die Gleichstellung ehelicher und lediger Frauen sowie die strikte Alltagsplanung immer wieder auf offene Kritik und Beschwerden seitens der Mütter oder Angestellten(8,14).

Regelmäßige Höhepunkte im Heimbetrieb waren die sogenannten Namensgebungen. Diese Zeremonien sollten die christliche Taufe im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie ersetzen und symbolisierten die Aufnahme des rassistisch "hochwertigen" Kindes in die "SS-Sippengemeinschaft"(8,16). Die Namensgebung war nicht obligat für

die Kinder lediger Mütter, sodass sich bis zuletzt auch Mütter gegen dieses Ritual entschieden und ihr Kind stattdessen christlich taufen ließen(8).

Die Verpflegung der Mütter, Kinder und Angestellten in den Lebensbornheimen war bis zum Kriegsende bemerkenswert gut, sodass es regelmäßig Fleisch, Obst und auch im Zuge des Krieges knapper werdende Nahrungsmittel gab(3,16,17). Grund dafür war vor allem das persönliche Engagement und Interesse Himmlers an der ausreichenden Versorgung der Heime. Auch die Versorgung mit Medikamenten in den Heimen war durch persönliche Beziehungen selbst in Kriegszeiten gesichert(49).

Die Kinder von unverheirateten Frauen konnten nach der Geburt zunächst im Heim verbleiben, solange die Mutter noch nicht die finanziellen oder sozialen Möglichkeiten besaß, die Versorgung des Kindes zu übernehmen(16). Auf Antrag half der Lebensborn diesen Müttern auch hinsichtlich der Arbeitssuche und -vermittlung, beispielsweise bei der Lebensbornzentrale in München oder als Kindergärtnerinnen, Schwestern, Sekretärinnen oder Wirtschafterinnen in den Heimen selbst(16). Dabei war der Verein bemüht, die örtliche Nähe zwischen Mutter und Kind aufrecht zu erhalten, im besten Fall auch zum Kindsvaters(8). Bis zum zweiten Lebensjahr konnten die Kinder im Heim verbleiben, danach sollten sie jedoch bei der Mutter, bei Verwandten oder einer Pflegefamilie aufgezogen werden. In den Lebensbornheimen wurden aber nicht nur die dort entbundenen Kinder versorgt. Werdende Mütter, die bereits Kinder im Alter bis zu sechs Jahren (später drei Jahren) hatten, sowie Angestellte konnten ihre Kinder in heimeigenen Kindergärten unterbringen(16,18). Durch die Pflegeübernahme in den ersten Lebensjahren der Säuglinge und Kleinkinder im Rahmen der besonderen Unterstützung unverheirateter Frauen entstanden in den Lebensbornheimen jedoch neue, gravierende Probleme. Die Heime, die ursprünglich als Entbindungsheime eröffnet worden waren, waren zunehmend mit Säuglingen unverheirateter Frauen überfüllt(50). Dadurch und auch durch das Mitbringen von Kleinkindern bei der Heimaufnahme wurde nicht nur das Infektionsrisiko durch von außen eingeschleppte Erkrankungen erhöht, sondern auch die Isolierungsmöglichkeiten innerhalb der Heime reduziert(50–52). Als Lösung wurde zunächst die Einrichtung von eigenen Kinderheimen zur Entlastung der Entbindungsheime angeordnet(50,53). Später wurden die Frauen ab 1941 dazu angehalten, spätestens sechs Wochen nach der Entbindung das Heim zu verlassen. 1943 schließlich ordnete Max Sollmann offiziell an, nur in Ausnahmefällen die Frauen länger als zwei Wochen nach der Entbindung weiter im Heim zu betreuen(8). An dieser Maßnahme wird deutlich, dass unter den sich

verschärfenden Bedingungen während des Krieges die Versorgung der unverheirateten Mütter zugunsten der Geburtensteigerung und Bekämpfung der Infektionsgefahr in den Heimen zurückgestellt wurde(8).

### **1.6.3 Medizinische Versorgung der Mütter und Kinder**

#### **1.6.3.1 Heimpersonal**

Das Heimpersonal setzte sich, beispielhaft dargestellt am Heim Harz(54,55), aus dem Heimleiter, dem Heimarzt, ein bis zwei Hebammen, einer Oberschwester, ca. zehn Schwestern und Schwesternvorschülerinnen, davon zwei Säuglingsschwestern, ggf. einer Wochenbettpflegerin sowie ca. zehn Hausangestellten zusammen. Außerdem waren wohl auch in einigen Lebensbornheimen Zwangsarbeiter/innen angestellt, die u.a. aus nahegelegenen Konzentrationslagern abgestellt wurden(14,55).

Dem medizinischen Personal, das vor Ort in den Entbindungsheimen für die Versorgung der Schwangeren, Mütter und Säuglinge zuständig war, stand in allen Fragen zur Versorgung der Frauen und Kinder der Heimarzt voran.<sup>18</sup> Der Heimarzt, die Oberschwester, der Heimverwalter und die Sekretärin unterstanden dem jeweiligen Heimleiter, meist war jedoch der Heimarzt selbst der Leiter des Heimes.

#### **Heimarzt**

Er wohnte im Heim selbst oder in unmittelbarer Umgebung, sodass er innerhalb kürzester Zeit verfügbar sein konnte(56). Andere ärztliche Tätigkeiten zusätzlich zur Lebensbornarbeit durften laut Dienstanweisung nicht ausgeübt werden. Die ärztliche Visite der Frauen und Kinder hatte einmal täglich zu erfolgen und musste in der Patientenakte sorgfältig dokumentiert werden(57). Abbildung 4 zeigt ein archiviertes geburtshilfliches Gutachten über eine Lebensbornmutter, die 1938 im Heim Hochland zwei Monate vor Entbindungen aufgenommen wurde und das Heim sieben Wochen nach der Geburt wieder verließ. Zusätzlich zu persönlichen Daten der Mutter führten diese Gutachten Bemerkungen über die Geburt (Lage des Kindes, Entbindungsmodus, Verlauf des Wochenbettes und angewandte Kunsthilfen unter der Geburt), Angaben über die Vorgeschichte der Patientin, die Aufnahmebefunde aus der äußeren und

---

<sup>18</sup> In einigen Heimen war (zumindest übergangsweise als Vertretung) eine Heimärztin angestellt.

inneren Untersuchung, ggf. Anmerkungen zur Schwangerschaft sowie Beobachtungen während der Geburt.

**Lebensborn e.V. Heim** *Heim 60*

Name: *[redacted]* Geb. *[redacted]* Jahre alt *38* 2 gebärend

Geburtsort: *[redacted]* Letzter Aufenthalt: *[redacted]*

Aufgenommen: *[redacted]* Entbunden: *2 Monate nach Aufnahme* Entlassen: *7 Wochen nach Entbindung*

Fruchtlage: *J. K. K. L.* Abweichung vom regelmäßigen Verlauf: *[redacted]* Wochenbett: *[redacted]* Kunsthülle: *[redacted]*

Vorgeschichte: *1919 durch Geburt v. ...*

Krankheiten, erbliche Belastung: *1935 Diabetes mellitus (Hans abg.)*

Erste Regel: *12. J.* Frühere Geburten, Fehlgeburten: *0*

Gegenwärtige Schwangerschaft: Letzte Regel: *22. Aug. 38*

Erste Kindesbewegung: *30. Nov.* Verlauf: *ab 38. Nov. bis 1. Dez. 38*

Befund bei der Aufnahme

a) Äußerer Befund

Allgemeinbefund, Knochenbau, Ödeme, Krampfader: *[redacted]*

Größe: *156 cm* Gewicht: *52 kg* Blutdruck: *120/85*

Harnbefund: *keine path. Befunde*

Brustdrüsen: *[redacted]* Warzen: *[redacted]*

Leibesumfang: *86* Stand des Gebärmuttergrundes: *2 Querfinger unter Nabel*

Herztöne: *regelmäßig in Höhe des Nabels*

Lage und Stellung der Frucht: *J. K. K. L.*

Stand des vorliegenden Teils zum Beckeneingang: *Kopf blickt auf Beckeneingang*

Beckenmaße: D. sp. *24* D. cr. *32* D. tr. *30* C. ext. *19* Coni. diag. *[redacted]* Coni. ver. *[redacted]*

Äußere Geschlechtsstelle: *[redacted]* Damm: *[redacted]*

b) Innerer Befund

Innere Organe (Herz, Lunge usw.): *[redacted]*

Scheide: *[redacted]* Scheidensabsonderung: *[redacted]*

Scheidenteil: *[redacted]* Äußerer Muttermund: *[redacted]*

Halsskanal: *[redacted]* Innerer Muttermund: *[redacted]*

Vorliegender Kindsteil: *[redacted]*

Weitere Beobachtungen während der Schwangerschaft

Beobachtungen während der Geburt

Eintritt in den Kreißsaal (Tag, Stunde): *13. VI. 38 6.15* Wehenbeginn: *13.6.*

Blasensprung: *13.6. 3.30*

Temp. und Puls im Beginn der Geburt: *[redacted]*

Wehentätigkeit: *[redacted]*

Kindslage, Stellung, Haltung: *J. K. K. L.*

Operative Eingriffe: *[redacted]*

Anzeigen dazu: *[redacted]*

Zeit der Geburt des Kindes: *13.6. 1938*

Innere Untersuchung: *[redacted]*

Abbildung 4: Geburtshilfliches Gutachten, Heim Hochland 1938, Seite 1 und 2(58)

Für die Einstellung als Heimarzt kamen vornehmlich (hochrangige) SS-Ärzte in Frage(39,54), dagegen war es offensichtlich keine Voraussetzung, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein(4,8,14,16). So konnten auch Fachärzte anderer Fachrichtungen und Nichtfachärzte<sup>19</sup> die ärztliche Arbeit in einem Heim übernehmen. Im Heim Ostmark/Wienerwald war seit 1941 mit Dr. Norbert Schwab sogar ein Zahnarzt ärztlicher Leiter(4,16). Von 1936 bis 1945 waren insgesamt mindestens 18 Ärztinnen und Ärzte in den Lebensbornheimen angestellt(4). Da immer wieder Klagen über die ärztliche Behandlung einerseits von Seiten der Lebensbornmütter, andererseits von Lebensbornangestellten laut wurden(8,14), sah man sich in der Lebensbornführung gedrängt, Maßnahmen zur Sicherung der fachgerechten Versorgung der Kinder und Mütter zu ergreifen. Ebner vereinbarte

<sup>19</sup> Es wurden auch Ärztinnen und Ärzte (übergangsweise) eingestellt, die lediglich über eine "Notapprobation" verfügten und damit vor Abschluss ihres Studiums als Assistenzärzte in den Lebensbornheimen arbeiten konnten(16,104).

deshalb bereits 1940 mit mindestens zwei Frauen- und Kinderkliniken in Berlin,<sup>20</sup> dass alle ein bis zwei Jahre Ärzte des Lebensborn in den Kliniken für ca. sechs Wochen hospitieren könnten, "um ihre Kenntnisse in Geburtshilfe dadurch zu erweitern"(59). Außerdem wurden jedem Heim fachärztliche Berater zur Seite gestellt (s. nächstes Kapitel).

Die Aufgaben des Heimarztes wurde gemäß der Dienstanweisung für Lebensbornärzte(60) in zwölf Punkten zusammengefasst, von denen die medizinische peripartale Versorgung von Mutter und Kind nachfolgend detaillierter ausgeführt wird:

#### 1. Untersuchung und Überwachung der werdenden Mütter

Bei Heimaufnahme wurde ein gynäkologischer Befund durch den Heimarzt erhoben und in das Krankenblatt (s.o.) eingetragen. Außerdem wurden bei der Aufnahme die Wassermann-Reaktion zur Testung auf eine Infektion mit Syphilis und eine Blutentnahme zur Blutgruppenbestimmung durchgeführt. War die Wassermann-Reaktion positiv, musste eine Meldung an den Leiter der Hauptabteilung Gesundheitswesen erfolgen. Vor der Geburt wurde regelmäßig bei den Schwangeren der Blutdruck gemessen und der Urin untersucht, um Schwangerschaftskomplikationen wie z.B. eine Präeklampsie frühzeitig zu erfassen. Geburtseinleitungen sollten laut Dienstanweisung abgelehnt werden und nur bei strengster Indikation erfolgen.

#### 2. Leitung der Geburten

Die Geburtshilfe in den Lebensbornheimen sollte möglichst konservativ, d.h. nicht-operativ, sein. Die ärztliche Anwesenheit war in der Austreibungsperiode obligat, auch bei unkompliziertem Geburtsverlauf(57). Assistenz erhielt der Heimarzt von der Hebamme sowie maximal einer Schwester. In einem Schreiben an das SS-Sanitätshauptamt im Januar 1943 fasste Ebner als operative Eingriffe, die in den Lebensbornheimen vom Heimarzt durchgeführt werden sollten, Episiotomien, Dammnähte, Zangen und Wendungen zusammen. Weiter führte er aus, dass für "schwerere(n) Operationen wie hohe Zange oder Kaiserschnitt"(57) die Verlegung

---

<sup>20</sup> Antwortschreiben über die Bestätigung liegen von der Universitäts-Kinderklinik der Charité unter der Leitung Prof. Dr. Bessaus sowie von der Universitäts-Frauenklinik in der Berliner Artilleriestraße unter der Leitung Prof. Dr. Stoeckels vor(186,187).



in die nächstgelegene Klinik erfolgen sollte.<sup>21</sup> Allerdings waren alle Entbindungsheime auch mit einem Operationssaal und entsprechendem Instrumentarium für eine Kaiserschnittentbindung ausgestattet(61), sodass grundsätzlich die Möglichkeit zur Durchführung einer Schnittentbindung bestand. Die Überwachung des Kindes während des Geburtsverlaufs erfolgte über Auskultation der kindlichen Herztöne(62), um ein Absinken oder plötzliches Aufhören der Herztöne als Anzeichen einer möglichen intrauterinen Asphyxie mit der Indikation zur raschen Geburtsbeendigung schnell zu diagnostizieren. Die Kindsentwicklung aus Beckenendlage erfolgte je nach genauer Lage und ärztlicher Expertise mittels Extraktion oder manueller Hilfen wie Entwicklung nach Bracht oder Veit-Smellie(62,63). Zur Schmerzlinderung unter der Geburt standen die "in der Geburtshilfe üblichen schmerzlindernden Mittel"(64) zur Verfügung, offensichtlich sollten keine stärkeren Mittel zur Durchführung einer "schmerzlosen Geburt"(65) verabreicht werden.

### 3. Überwachung der Wochenstation

Im Rahmen der ärztlichen Überwachung der Wöchnerinnen war auf eine zeitgerechte Mobilisierung und fachgerechte Versorgung zu achten. Die ärztliche Visite fand täglich statt, die Temperatur der Wöchnerinnen wurde zweimal täglich zur frühzeitigen Detektion von Fieber gemessen. Die Wochenbettstation, auf denen sich die Wöchnerinnen bis ca. zehn Tage nach der Geburt aufhielten, war streng isoliert, um eine Einschleppung von Infektionen zu verhindern.

### 4. Überwachung der stillenden Mütter

In den Lebensbornheimen wurden die Frauen mit Nachdruck dazu angehalten, möglichst lange ihre Kinder selbst zu stillen, da im Rahmen der nationalsozialistischen "Stillpropaganda"(vgl. 2) eine Stillzeit von sechs Monaten als maßgeblicher Faktor für eine geringe Säuglingssterblichkeit angesehen wurde. Frauen, die eine "Gegenpropaganda"(66) betrieben, sollten ermahnt und bei Wiederholung aus dem Heim entlassen werden. Eine gynäkologische Abschlussuntersuchung vor Entlassung aus dem Heim (maximal drei Monate nach

---

<sup>21</sup> Hatte in einem solchen Fall die Mutter oder der Kindsvater Geheimhaltung beantragt, war die Reichszentrale des Lebensborn zu benachrichtigen, damit auch bei Geburt im Krankenhaus die Geheimhaltung gewahrt werden konnte(64).

der Entbindung) war nicht obligat, außer, es war im Rahmen der Geburt oder im Wochenbett zu Komplikationen gekommen.

#### 5. Überwachung der Säuglinge und Kleinkinder

Die Kinder in den Heimen, sowohl die Säuglinge als auch u.U. mitgebrachte Kleinkinder, waren vom Heimarzt täglich zu visitieren und ihre Gewichts- sowie Fieberkurven zu kontrollieren, mindestens einmal wöchentlich waren die Kinder vollständig unbekleidet auf rachitische Zeichen und Mängel in der Pflege zu untersuchen. Die Säuglings- und Kinderstation durfte nur von Schwestern betreten werden, um die Einschleppung von Infektionen zu verhindern. Bei mitgebrachten Kleinkindern über einem Jahr musste bei Aufnahme ein Abstrich auf Diphtherie durchgeführt und eine Isolation für zehn Tage angeordnet werden. Außerdem hatte der Heimarzt im Frühjahr jährlich Pockenimpfungen und bei allen Kindern über einem Jahr Diphtherieimpfungen durchzuführen. In der Zeit zwischen Oktober bis April sollten die Kinder zur Rachitisprophylaxe täglich (jeweils an den ersten 20 Tagen eines Monats) Vitamin D substituiert bekommen. Stillende Mütter und nicht mehr gestillte Kinder erhielten zusätzlich in den Wintermonaten als Vitamin C-Substitution eine Tablette Cebionzucker.

Bei Kindern, die zur Adoption freigegeben werden sollten, sollte ebenfalls eine serologische Untersuchung auf Syphilis sowie eine Röntgenuntersuchung der Lunge erfolgen. Im Gegensatz zur Mutter wurde jedes Kind bei der Entlassung ärztlich untersucht. War der Heimarzt nicht selbst Kinderarzt, so hatte er mehrmals jährlich die fachärztliche Untersuchung durch einen Fachberater (s. nächstes Kapitel) sicherzustellen.

#### 6. Behandlung erkrankter Heiminsassen

Hierunter fielen Anordnungen über das ärztliche Vorgehen beim Auftreten von Infektionserkrankungen, Hinzuziehung von Fachärzten als Konsiliarärzte sowie die Meldepflicht von Infektionskrankheiten und Kindern mit Fehlbildungen an den Leiter der Hauptabteilung Gesundheit. Letztere umfassten: "Idiotie sowie Mongolismus"(67), Mikrocephalie, Hydrocephalus (schweren Grades), Fehlbildungen bzw. Fehlen von Gliedmaßen, Spaltbildungen des Kopfes und der Wirbelsäule sowie Lähmungen.

## 7. Maßnahmen bei Todesfällen

Bei Todesfällen wurden die Angehörigen (bei beantragter Geheimhaltung nach Rücksprache mit der Reichszentrale des Lebensborn) informiert und eine Leichenschau zur Ursachenklärung durchgeführt(68,69).

Die Aufgabenbereiche acht bis zwölf (Hygieneüberwachung, ärztlicher Schriftwechsel in Form von Heimstatistiken an die Lebensbornführung, ärztliche Fortbildung, Instandhaltung der ärztlichen Einrichtungen sowie Fortbildung der Schwestern und des Pflegepersonals) vervollständigten den umfangreichen Vorgabenkatalog für die Arbeit des Lebensbornarztes.

## Schwester und Hebammen

Alle Schwestern und Helferinnen bei der Versorgung der Kinder und Mütter unterstanden in gesundheitlichen Fragen zur mütterlichen und kindlichen Versorgung dem Heimarzt, in jeder anderen Angelegenheit der Oberschwester(70). Die Versorgung der Säuglinge oblag den Säuglingsschwestern, Mütter durften in der Regel nur unter Beaufsichtigung die Kinder versorgen(52,71). Die Bemühungen, überwiegend in Säuglingspflege ausgebildete Krankenschwestern beim Lebensborn anzustellen, waren nicht immer erfolgreich. Während die meisten Schwestern im Frühdienst von ca. sechs Uhr bis 19 Uhr mit zwei Stunden Mittagspause arbeiteten, war eine Schwester im Nachtdienst von 20 Uhr bis acht Uhr morgens eingeteilt, unterstützt durch eine Schwester von sieben bis zehn Uhr abends(70). Die Säuglingsschwestern hatten dabei vor allem auf die Säuglingsernährung und das Gedeihen der Kinder zu achten, jede Veränderung dem Heimarzt zu melden und bei den Müttern aktiv die Stillpflicht herauszuheben. Laut Tagesplan sollte fünfmal täglich à 45 Minuten gestillt werden(71). Neben den Säuglingsschwestern waren zudem Wochenbettpflegerinnen und Kindergärtnerinnen angestellt(72). Beim Auftreten von Infektionserkrankungen wurde die erkrankte Person isoliert und von einer eigenen Krankenschwester versorgt, die nicht mit der Pflege anderer Mütter oder Kinder betraut war. Statistiken über die Belegung der Heime und der angestellten Schwestern vom Januar 1942 zeigen für das Heim Hochland ein Verhältnis von einer Schwester auf acht Kinder(73), in den Heimen Pommern und Ostmark/Wienerwald eine Schwester auf fünf Kinder(74,75).

Auch die Hebamme hatte in medizinischen Fragen den Anweisungen des Heimarztes Folge zu leisten, in anderen Fällen denen der Oberschwester. Ihre Arbeit umfasste

"gemäss ihrer Hebammen-Dienstanweisung"(72) die Durchführung der Entbindung und Neugeborenenversorgung sowie die Instandhaltung, Sterilisierung und Sauberhaltung der Instrumente, Wäsche, des Operationsraumes sowie des Entbindungszimmers. An Tagen, an denen keine Geburten stattfanden, half sie bei der Versorgung der Säuglinge und Wöchnerinnen.

Der Lebensborn hatte mit der NSV vertraglich festgehalten, dass die Schwestern in den Lebensbornheimen aus der NS-Schwesternschaft, die so genannten "braunen Schwestern"(3), eingestellt werden sollten(8). Diese ebenfalls nach weltanschaulicher Einstellung und nationalsozialistischer Rassenhygiene ausgewählten Schwestern verkörperten die Arbeit der NS-Krankenpflege zur "Aufartung" und "Ausmerze": "Braune Schwestern pflegen nicht Kranke, sondern den Nationalsozialismus"(76). Allerdings musste der Lebensborn neben den NS-Schwestern zusätzlich freie Schwestern einstellen, die nicht aus der NS-Schwesternschaft kamen, um die Versorgung der Mütter und Kinder sicherzustellen(3,8). Mit zunehmender Belastung der Heime und der daraus steigenden Säuglingssterblichkeit wurde im Frühjahr 1940 deutlich, dass insgesamt zu wenig in Säuglingspflege ausgebildete Schwestern in den Heimen angestellt waren(50). Auch der ärztliche Bericht des beratenden Facharztes für Hygiene aus dem Jahr 1940 nach Begutachtung des Lebensbornheimes Taunus, in denen eine starke pflegerische Vernachlässigung der dortigen Kinder festgestellt wurde(16), war Ausdruck des seit Ausbruch des Krieges zunehmenden Problems an zu wenig ausgebildeten Schwestern in den Lebensbornheimen. Immer wieder wurde nachdrücklich die NS-Schwesternschaft angehalten, (ausreichend) geschulte Schwestern den Lebensbornheimen zur Verfügung zu stellen(52). Da jedoch viele NS-Schwestern der Lebensbornphilosophie zur Aufwertung der unverheirateten Mutter und Gleichstellung mit der verheirateten Mutter ablehnend gegenüberstanden und deshalb auf eigenen Wunsch oft nur kurze Zeit in den Heimen angestellt waren, plante der Lebensborn die Einrichtung einer eigenen Schwesternschaft(77–79). Während Himmler dies laut eines Schreibens im Januar 1942 noch bestätigt und die Einleitung erforderlicher Maßnahmen befohlen hatte(77), berichtete Ebner im Oktober 1943 in einem Schreiben, dass diese Pläne (vermutlich kriegsbedingt) zurückgestellt worden seien(80).

### 1.6.3.2 Die ärztlichen Fachberater

Spätestens seit dem Frühjahr 1939 waren für einige Heime Kinderärzte mit der regelmäßigen fachärztlichen Untersuchung der Lebensbornkinder beauftragt worden.<sup>22</sup> Da die halbjährlichen Besuche der drei (später vier) beratenden Fachärzte (s. nächstes Kapitel) aufgrund der Verteilung der Heime über ganz Deutschland schwierig umzusetzen und in den Augen Ebners nicht ausreichend waren, sollten schließlich jedem Heim zusätzlich so genannte ärztliche Fachberater zugeteilt werden, die in der Nähe der jeweiligen Heime ansässig waren und die fachärztliche Versorgung der Mütter und Kinder sicherstellen sollten. Mit der Ernennung von Dr. Herold<sup>23</sup> zum gynäkologischen Fachberater für das Heim Friesland im Oktober 1940(81,82) wurde eine Dienstanweisung für die ärztlichen Fachberater ausgearbeitet, die ab dem 01. Januar 1941 in Kraft treten sollte(83). Die Fachberater für Frauenheilkunde und Geburtshilfe hatten demnach alle drei Monate, die Fachberater für Kinderheilkunde alle sechs Wochen (laut ärztlicher Anordnung im Jahr 1939 noch einmal im Monat(84)) die Heime zu besuchen(85), gemeinsam mit dem jeweiligen Heimarzt die Frauen und Kinder zu visitieren und die Behandlungspläne zu besprechen.<sup>24</sup> Die ehrenamtliche ärztliche Tätigkeit beinhaltete außerdem die Inspektion der Einrichtung als solche und gegebenenfalls Anmerkungen zu Verbesserungen. Der im Anschluss angefertigte Bericht wurde an Ebner als Leiter des Gesundheitswesens des Lebensborn zur Kenntnisnahme geschickt. Ein zusammenfassender Bericht über die Heime ging schließlich an Himmler sowie den Chef des SS-Sanitätsamtes, SS-Oberführer Dr. Dermietzel (1899 bis 1981)(84). Zusätzlich zu den planmäßigen Besuchen konnten die Heimleiter die Fachberater bei besonderen Fragestellungen und Krankheitsfällen konsultieren. Die Heimbesuche wurden mit einer Aufwandsentschädigung von 50 Reichsmark vergütet.

---

<sup>22</sup> Dies kann aus späteren Akten entnommen werden, die Bezug nehmen auf eine ärztliche Anordnung Nr. 111, nach der offenbar die Vergütung ärztlicher Fachberater geregelt worden ist. Außerdem war Prof. Dr. Becker vor seiner Ernennung zum beratenden Facharzt des Lebensborn bereits als Fachberater für das Heim Friesland tätig gewesen (188).

<sup>23</sup> SS-Untersturmführer Dr. Ludolf Herold, Oberarzt und Dozent der Frauenklinik Düsseldorf(81).

<sup>24</sup> Der ärztliche Fachberater für Kinderheilkunde Dr. Wahlmann dazu wörtlich in seinem Bericht: "Bei diesem Besuch wurden wiederum sämtliche in den Heimen anwesenden Kinder während einer Visite angesehen und soweit es notwendig erschien genau untersucht, zugleich mit dem Heimleiter Fragen und Gedanken aus dem Gebiet der Kinderheilkunde eingehend erörtert"(89).

Laut der Dienstanweisung, deren Entwurf erstmalig im Oktober 1940 ausgearbeitet wurde, standen den Lebensbornheimen folgende ärztliche Fachberater zur Verfügung(83):

- Heim Friesland:  
 Fachberater für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: SS-Untersturmführer Dr. Ludolf Herold, Oberarzt und Dozent der Frauenklinik Düsseldorf  
 Fachberaterin für Kinderheilkunde: Dr. Maria Körner, leitende Ärztin der städtischen Kinderklinik Bremen
- Heim Harz:  
 Fachberater für Kinderheilkunde: Dr. Ehle, Kinderarzt in Wernigerode
- Heim Hochland:  
 Fachberater für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: SS-Sturmbannführer Dr. Unbehaun ("zur Zeit im Felde" [sic!])  
 Fachberater für Kinderheilkunde: Dr. H. Wahlmann, Oberarzt der Schwabinger Kinderklinik
- Heim Kurmark:  
 Fachberater für Kinderheilkunde: Dr. Baumann, Oberarzt der Rittbergkinderklinik in Berlin
- Heim Ostmark:  
 Fachberater für Kinderheilkunde: SS-Untersturmführer Dr. Erich Gassner, Kinderarzt in Wien
- Heim Pommern:  
 Fachberater für Kinderheilkunde: Dr. Karl Hille, Kinderarzt in Kolberg
- Heim Taunus: beide Stellen unbesetzt

Ein Schreiben des Heimleiters vom Heim Kurmark Dr. Laumann vom 08. Mai 1939, welches Bezug auf eine Anordnung zur Vergütung der ärztlichen Fachberater nimmt, zeigt auf, dass sich teilweise die ärztliche Heimleitung durch diese Maßnahme in ihrer Kompetenz in Frage gestellt sah(86).<sup>25</sup> In aller Deutlichkeit zweifelte Dr. Laumann die Zweckmäßigkeit monatlicher Visiten durch Fachärzte an und brachte seine persönliche Kränkung infolge des Vertrauensentzugs zum Ausdruck. Die Antwort zu diesem Schreiben ist nicht vorhanden. Dass die Lebensbornführung aber daraufhin

---

<sup>25</sup> Wörtlich: "Ich halte es weiterhin für beschämend, wenn dem Heimarzt nicht so viel Vertrauen geschenkt wird, dass er sich nach bestem Wissen und Gewissen um seine Pfleglinge kümmert"(189).

sensibilisiert war, lässt sich anhand eines Anschreibens zur Dienstanweisung für die beratenden Fachärzte (s. folgendes Kapitel) vom September 1939 belegen. Darin wurde auf die Notwendigkeit von klaren Weisungsbefugnissen in den Dienstanweisungen zwischen den konsultierten Ärzten und den Heimärzten hingewiesen, um einen "wüsten Krieg zwischen Heimleitern und beratenden Fachärzten"(87) zu vermeiden.

Anhand vorliegender Heimberichte, die von den kinderärztlichen Beratern nach den Besuchen angefertigt wurden, soll die Rolle und Aufgabe dieser Ärzte verdeutlicht werden. Es liegt eine Zusammenstellung der fachärztlichen Berichte von September 1939 vor(52,84), in der Prof. Dr. Becker schon als Fachberater für das Heim Friesland tätig war. Bereits im Jahr 1939 beklagten die beratenden Kinderärzte in den Berichten das hohe Infektionsrisiko und die Ausbreitung von Krankheiten aufgrund der Gegebenheiten vor Ort. Ebner forderte daraufhin in der Zusammenfassung an Himmler über die kinderärztlichen Heimberichte, dass bei mitgebrachten Kindern vor der Aufnahme in ein Lebensbornheim ein Diphtherieabstrich vorgenommen werden sollte(52). Als Standard angeordnet war, dass die kindliche Versorgung durch die eigene Mutter nur im Beisein und unter Aufsicht einer Stationsschwester geschah. Dies hatte zum einen den Grund, dass die Mütter im Umgang mit dem Kind geschult werden sollten, zum anderen aber auch, dass dadurch das Übertragen von Infektionen infolge fehlerhafter Pflege verhindert werden sollte(84). Wie bereits angesprochen, wurden die Mütter von ärztlicher sowie pflegerischer Seite dazu angehalten, ihre Kinder möglichst lange zu stillen. Reichte die Muttermilch nicht aus, konnte in einigen Fällen überschüssige Muttermilch anderer Frauen gesammelt werden(52,88). Laut der Berichte der kinderärztlichen Fachberater Dr. H. Wahlmann (Fachberater für das Heim Hochland)(89) und Dr. W. Kiehl (Fachberater für das Heim Schwarzwald)(88) bestand die Standardnahrung der nicht mehr gestillten Kinder aus Zitrettenmilch<sup>26</sup> bzw. "Calciummilch"(88), in einigen Fällen wurde ebenfalls erfolgreich eine Ernährung mit Buttermehlnahrung<sup>27</sup> unternommen.

---

<sup>26</sup> Die Zitrettenmilch zählte damals zu den geeigneten Folgemilchprodukten. Die Basis bestand aus Kuhmilch, die mit Mondamin, Zucker und schließlich Zitronensäure (1 Zitrette (0,5g) auf 100g Milch) angereichert wurde(190). Das durch die Säure ausgefällte Casein der Kuhmilch sei leichter verdaulich für die Kinder gewesen(191).

<sup>27</sup> Unter der Buttermehlnahrung verstand man eine mit Fett, Zucker und Mehl angereicherte Milch, die als noch bekömmlicher als normale künstliche Kuhmilchmischungen für das Kind galt(192).

Die Untersuchung der Kinder auf Rachitiszeichen und die Rachitisprophylaxe bildeten einen Kernpunkt der fachärztlichen Überwachung durch die Kinderärzte. Dr. Wahlmann, der das Heim Hochland im Juni 1943 besucht hatte, sprach in seinem Bericht die Empfehlung zur Durchführung der Rachitisprophylaxe bei Kindern im ersten und zweiten Lebensjahr aus, die ab September in einmaligen höher dosierten Gaben von Vitamin D (Vigantol forte)<sup>28</sup> erfolgen sollte. Bei Frühgeborenen sei eine Stoßtherapie empfohlen, zunächst im Lebensalter von fünf bis sieben Wochen, ein zweites Mal nach weiteren vier bis sechs Wochen(89).

Dr. Kiehl, der die Kinder des Heimes Schwarzwald im Juli 1943 untersucht hatte, dokumentierte drei Kinder mit manifesten rachitischen Zeichen und mehrere andere mit leichteren Symptomen und ordnete ausstehende Vitamin D2- sowie Vigantolbehandlungen an(88). Weitere Inhalte der fachärztlichen Heimberichte waren Vorschläge zu Therapie- und Pflegemaßnahmen sowohl im allgemeinen Sinne als auch bei speziellen Erkrankungsfällen. Womöglich auf Nachfrage äußerte sich Dr. Wahlmann in seinem Heimbericht zum Thema Fontanellen- und Sinuspunktion zur Blutentnahme bei Kindern ausweichend, da er diesbezüglich "keine eigenen Erfahrungen"(89) habe, diagnostische und therapeutische Blutentnahmen könnten in der Regel problemlos aus Schädel- oder Halsvenen, gegebenenfalls mittels Einstichs in der Ferse oder Großzehenbeere erfolgen(89). Zusätzlich empfahl er zur Therapie von Hautinfektionen so genanntes Marfanil-Prontosil-Puder (MP-Puder),<sup>29</sup> bei Ernährungsstörungen solle anstelle des (bis dahin verwendeten) Aplona<sup>30</sup> nun Daucaron (aus getrockneten Karotten) verwendet werden. Anhand eines Falles von angeborener Struma erklärte Wahlmann die Jodsubstitution und wies dabei auf die Nebenwirkung einer Jodüberempfindlichkeitsreaktion bei Überdosierung hin(89). Als kinderärztlichem Fachberater oblag Wahlmann dabei nicht persönlich die Meldung von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen. Er wies in seinem Bericht aber darauf hin, dass ein Säugling, der mit beidseitigem Klumpfuß geboren wurde, in fachärztliche Behandlung gehöre und aufgrund der "schwere[n] körperliche[n] Mißbildung"(89) vom Heimpersonal gemeldet werden müsse. Bevor im Folgenden die Rolle der beratenden Fachärzte

---

<sup>28</sup> Vigantol (Vitamin D3) stellte bereits in den 1930er Jahren eine Therapieoption und Prophylaxe der Rachitis im Kindesalter dar. Es konnte in Form von Tropfen als Vigantolöl oder in Form von Kapseln oral eingenommen werden(192).

<sup>29</sup> Sulfonamidpuder zur Wunddesinfektion und Behandlung von bakteriellen Hautinfektionen(193).

<sup>30</sup> Aplona®: getrocknetes Apfelpulver zur Herstellung einer Suspension zur Anwendung bei Durchfallerkrankungen (nach [www.aplona.de](http://www.aplona.de), eingesehen am 06.09.2018 um 11:35 Uhr).



erläutert wird, ist zur Abgrenzung der fachärztlichen Berater beim Lebensborn eine tabellarische Aufstellung der Aufgabenbereiche der ärztlichen Fachberater aufgeführt (Tabelle 2).

<b>Die ärztlichen Fachberater der Lebensbornheime</b>	
<u>Aufgabenfelder laut Dienstanweisung von 1941(85):</u>	
ehrenamtliche Tätigkeit	
Heimbesuche (vom Heimleiter veranlasst):	
Fachberater für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Heimbesuche alle drei Monate
Fachberater für Kinderheilkunde	Heimbesuche alle sechs Wochen
dabei Visite der Mütter bzw. Kinder, ggf. erkrankten Heimpersonals	
dabei Visite aller gesundheitlichen Einrichtungen	
schriftliche Berichterstattung an Ebner	
konsiliarische Beratung bei schweren Erkrankungsfällen	

**Tabelle 2: Aufgabenfelder der ärztlichen Fachberater der Lebensbornheime**

### 1.6.3.3 Die vier beratenden Fachärzte des „Lebensborn e.V.“

Bis in das Jahr 1939 wurden regelmäßig Geburtenstatistiken an den Gynäkologen Prof. Dr. G. K. Schultze<sup>31</sup> in Greifswald zur Durchsicht und Einschätzung geschickt(8). Die geburtshilfliche Arbeit in den Heimen sollte dabei anhand der Komplikationsraten und Häufigkeit der durchgeführten operativen Eingriffe beurteilt werden. Kommentare Schultzes betrafen beispielsweise Hinweise zur fachgerechten Versorgung der Mütter im Wochenbett zwecks Minimierung von Mastitiden sowie nachdrückliche Anweisungen, die Indikationen zu geburtshilflichen Interventionen wie Eröffnung der Fruchtblase oder Kaiserschnittentbindungen streng zu stellen(90).

Zwischen November 1939 und Februar 1940 stellte der Lebensborn schließlich auf Befehl Himmlers drei beratende Fachärzte ein. Weshalb Schultze dabei nicht als gynäkologischer Berater beim Lebensborn angestellt wurde, bleibt unklar. Angestellt im

<sup>31</sup> SS-Hauptsturmführer Prof. Dr. Günther K. F. Schultze, \*1896 in Heringsdorf in Pommern, 1930 Privatdozent in Berlin, 1938 Ordinarius, Direktor Universitätsfrauenklinik und Hebammenlehranstalt Greifswald, 1943 Dekan, † Suizid 1945(76).

Lebensborn und direkt dem Leiter des Gesundheitswesens unterstellt wurden Prof. Dr. Becker<sup>32</sup> als Facharzt für Kinderheilkunde (seit November 1939), Dr. Mackenrodt<sup>33</sup> als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (seit Januar 1940) und Prof. Pfannenstiel<sup>34</sup> als beratender Hygieniker (seit Februar 1940). Becker war bereits als ärztlicher Fachberater für das Heim Friesland tätig gewesen und daher mit der Arbeit in den Lebensbornheimen vertraut(91). Später wurde mit Prof. Ernst Günther Schenck<sup>35</sup> zusätzlich ein Berater für Ernährungsfragen eingestellt.<sup>36</sup> In Abgrenzung zu den Aufgabenbereichen der ärztlichen Fachberater, die jeweils nur für ein Heim zuständig waren, umfasste die Arbeit der beratenden Fachärzte folgende Aufgaben (Tabelle 3):

<b>Die beratenden Fachärzte des „Lebensborn e.V.“</b>
<u>Aufgabenfelder laut Dienstanweisung 1940(92,93):</u> ehrenamtliche Tätigkeit halbjährliche Inspektion der Heime und Beratung der Heimärzte schriftliche Berichte über Heimbesuche an Ebner Überprüfung der Maßnahmen des Heimarztes Auswertung der Heimstatistiken fachärztlicher Vortrag bei (halb-)jährlichen Heimleitertagungen

<sup>32</sup> SS-Obersturmbannführer Prof. Dr. Peter Josef Becker, \*1895 in Elsdorf im Rheinland, 1926 Privatdozent, 1933 ao. Professor in Bonn und Leiter der Bremer Kinderklinik, NSDAP- und SS-Angehöriger sowie Mitglied im NS-Ärztebund, 1939 Lehrstuhl und Direktor der Universitätsklinik Marburg, verhaftet 1945, freigelassen 1946, praktizierender Arzt und Gastprofessor in Bonn, †1966 in Bonn(7).

<sup>33</sup> SS-Hauptsturmführer Dr. Hans Mackenrodt, \*1881 in Berlin(194), Leiter einer privaten Frauenklinik in Berlin. An weiterführenden biographischen Daten ist über Dr. Mackenrodt nichts bekannt. Auch eine Anfrage (22.10.2018) an das Bundesarchiv Berlin Lichterfelde-West blieb ohne Erfolg (Antwort per Email vom 13.12.2018). Mackenrodt war zum Zeitpunkt seiner Einstellung beim Lebensborn SS-Untersturmbannführer(195) und wurde dreimal befördert, im November 1943 zum Sturmbannführer(196–198).

<sup>34</sup> SS-Obersturmbannführer Prof. Wilhelm Pfannenstiel, \*1890 in Breslau, Professor für Hygiene der Universität Marburg, NSDAP-Mitglied, 1934 Beitritt zur SS sowie Mitglied im NS-Dozenten-, -Lehrer-, -Ärzte- und -Kulturbund, Mitarbeit Rassenpolitisches Amt, stellvertretender Schulungsleiter beim SS-Rasse- und Siedlungshauptamt, 1939 beratender Hygieniker beim SS-Sanitätsamt, nach 1945 Abteilungsleiter Chemisch-Pharmazeutische Fabrik Schaper & Brühmer in Salzgitter-Ringelheim, †1982 in Marburg(7).

<sup>35</sup> SS-Sturmbannführer Prof. Dr. Ernst Günther Schenck, \*1904 in Marburg, 1933 Eintritt in die SA, 1934 Oberarzt Krehl-Klinik, 1937 Beitritt zur NSDAP, NS-Ärztebund, NS-Dozentenbund sowie DAF, NSV und Reichsluftschutzbund, 1940 Ernährungsinspekteur der Waffen-SS, 1941 Chefarzt der Inneren Abteilung am Krankenhaus München-Schwabing, 1944 Ernährungsinspekteur der Wehrmacht, Oberstarzt, 1945–1955 sowjetische Kriegsgefangenschaft, Tätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie, †1998(7).

<sup>36</sup> Der genaue Zeitpunkt der Einstellung Schencks ist unklar. In der Dienstanweisung der Lebensbornärzte vom September 1943 wird Schenck bereits aufgeführt.

<b>beratender Facharzt</b>	<b>Fachrichtung</b>	<b>SS-Rang<sup>37</sup></b>
Prof. Dr. Josef Becker	Kinderheilkunde	SS-Obersturmbannführer
(Prof.) Dr. Hans Mackenrodt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	SS-Hauptsturmführer
Prof. Dr. Wilhelm Pfannenstiel	Hygiene	SS-Obersturmbannführer
Prof. Dr. Ernst Günther Schenck	(Säuglings-)Ernährung	SS-Sturmbannführer

**Tabelle 3: Die vier beratenden Fachärzte und ihre Aufgabenfelder beim „Lebensborn e.V.“**

Laut Dienstanweisung von April 1940(92) hatten die Fachärzte zweimal jährlich die Heime (nach Möglichkeit) gemeinsam mit Ebner zu besuchen und die Heimleiter zu beraten. Die Tätigkeit für den Lebensborn war auch für die beratenden Fachärzte eine ehrenamtliche Aufgabe, die mit einer Reisekostenerstattung vergütet wurde(94,95). Ein (beispielhafter) Reiseplan vom März 1940(96), in dem Ebner den beratenden Kinderarzt Becker zur Besichtigung der Lebensbornzentrale sowie der Heime Hochland und Ostmark/Wienerwald einlud, verdeutlicht den zeitlichen Aufwand, der diese Arbeit mit sich brachte.<sup>38</sup> Die beratenden Fachärzte waren den Heimleitern bzw. -ärzten im Rahmen dieser Besuche (außer in medizinischen Notfallsituationen) ausdrücklich nicht weisungsbefugt. Ihre Heimberichte und Verbesserungsvorschläge wurden an Ebner als Leiter des Gesundheitswesens gerichtet, der wiederum den Heimleitern die Anordnungen weiterleitete. Zusätzlich konnten die beratenden Fachärzte bei einer Häufung von Komplikationen oder Infektionserkrankungen im Auftrag Ebners hinzugezogen werden und sich auf Verlangen durch tägliche Berichterstattungen des Heimleiters einen Überblick über die eingeleiteten und gegebenenfalls zu ergänzenden Maßnahmen verschaffen. Vor allem aber oblag den beratenden Fachärzten die Durchsicht der an Ebner gerichteten monatlichen und vierteljährlichen Geburtenstatistiken der Heime zur medizinischen und statistischen Auswertung. So wies beispielsweise der beratende Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Mackenrodt, in seiner Auswertung der Heimberichte über das zweite Quartal 1943 auf die unterschiedliche Häufigkeit von Episiotomien und Dammrissen in den Heimen hin und ergänzte die Kommentare mit fachlichen Ratschlägen(97,98). Außerdem gehörten

<sup>37</sup> Zur Übersicht der SS-Dienstgrade siehe Anhang S. 161.

<sup>38</sup> Aus der (unvollständigen) Quelle geht eine Mindestreisedauer von drei Werktagen hervor.

zu den Aufgaben Vorträge, die die beratenden Fachärzte bei den jährlich, zum Teil halbjährlich angesetzten Heimleitertagungen zur Weiterbildung des Heimpersonals "unter besonderer Berücksichtigung der in den 'Lebensborn'-Heimen gesammelten Erfahrungen"(92,93) halten sollten.

In den Archiven fand sich ein Entwurf einer separaten Dienstanweisung des beratenden Facharztes für Kinderheilkunde ohne Jahresangabe(94). Neben den monatlichen Geburtenstatistiken wurden von jedem Heimleiter sog. Kinderfragebogen bei der Zentrale eingereicht, anhand derer sich der beratende Kinderarzt Prof. Dr. Becker einen Überblick über die Gesundheit der Kinder, die Belegstärke sowie Erkrankungs- und Todesfälle in den Heimen verschaffen sollte. Jeder kindliche Todesfall musste von ihm anhand der Patientenakten aufgearbeitet und ausgewertet werden. Insgesamt wird der zeitliche Aufwand und der große Anspruch an die beratenden Lebensbornärzte deutlich, die tatsächlich nicht nur zweimal jährlich persönlich den Gesundheitszustand der Kinder bzw. Mütter überprüften, sondern auch monatlich die Statistiken und Krankenakten aus den Heimen auszuwerten und die Ergebnisse zu interpretieren hatten.

Hervorzuheben ist außerdem, dass laut Dienstanweisung jedes Kind bei den fachärztlichen Heimbesuchen zu visitieren war und bezüglich Unterbringung, Pflege und Ernährung zu evaluieren war. Dass tatsächlich alle Kinder in dieser Sorgfalt gemeinsam mit dem Pflegepersonal fachärztlich visitiert werden konnten, erscheint höchst zweifelhaft. Denn neben dieser laut Dienstanweisung gewissenhaften Visite aller Kinder - im Heim Hochland waren zwischen 1939 und 1942 immerhin ca. 100 Kinder untergebracht(99–101) - sollte auch eine Begutachtung der Einrichtung als solcher erfolgen. Der beispielhaft genannte Reiseplan zur Besichtigung des Heimes Hochland im April 1940 sah für den Heimbesuch jedoch lediglich vier Stunden vor(96).

Um die Stellung der beratenden Fachärzte und ihre Rolle im Gefüge der medizinischen Versorgung in den Lebensbornheimen genauer darzustellen, soll an dieser Stelle etwas ausführlicher auf zwei überlieferte Heimberichte des beratenden Kinderarztes Prof. Dr. Becker und des beratenden Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. Mackenrodt eingegangen werden(51,102). Die Heimberichte wurden nach dem gemeinsamen Besuch der Heime Hochland und Ostmark/Wienerwald<sup>39</sup> mit Ebner im

---

<sup>39</sup> Der Bericht zum Heim Ostmark/Wienerwald von Dr. Mackenrodt liegt nicht vor. Der Bericht von Prof. Dr. Becker liegt nur teilweise für das Heim Ostmark/Wienerwald vor. In dem nur kurzen Abschnitt zur Beurteilung des Heimes Ostmark/Wienerwald äußerte sich Becker ebenfalls in lobender Weise über die Zustände und besondere pflegerische und ärztliche Versorgung im Heim(51).

April 1940 angefertigt und liefern Eindrücke sowohl über die örtlichen Begebenheiten und Zustände im Heim als auch über den gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der Frauen und Kinder. Mackenrodt und Becker kamen nach dem Besuch des Heimes Hochland im April 1940 gleichermaßen zu dem Schluss, dass das Heim "in seiner Gesamtführung einen ausgezeichneten Eindruck"(51) machte.<sup>40</sup> Mackenrodt lobte in seinem Bericht ausführlich die Sauberkeit und Ordnung im Kreißsaal, den Operationssälen(102) sowie auf der Wochenbettstation. Zusätzlich nutzte er den Heimbesuch für den fachlichen Austausch mit dem medizinischen Personal über Pflege- und Behandlungsmaßnahmen bei den Schwangeren und Wöchnerinnen(102). Becker äußerte sich in seinem Bericht über das Heim Hochland ebenfalls insgesamt sehr positiv und lobte die medizinische und pflegerische Arbeit im Heim ausdrücklich,<sup>41</sup> machte jedoch auch auf Zustände im Heim aufmerksam, die zeitgleich die Grundproblematik insgesamt in den Lebensbornheimen darstellten. So verwies er auf das erhöhte Übertragungsrisiko von Krankheiten aufgrund der Überbelegung des Heimes, beispielhaft angeführt am geringen Bettenabstand(51). Außerdem sah er in Versorgung der Kinder durch eine relativ geringe Anzahl von Schwestern insgesamt sowie von solchen speziell in der Säuglingspflege ausgebildeten Schwestern ein weiteres Problem. Die Ziele und Ansprüche des Lebensborn werden in Beckers abschließender Bemerkung über den unterschiedlichen Entwicklungszustand der Kinder deutlich, als er die Vermutung äußert, dass die Kinder in den visitierten Lebensbornheimen nicht ausschließlich "Auslesekindern"(51), sondern "ein recht buntgemischtes Menschenmaterial"(51) darstellten.

## 1.7 Sterilitätsbehandlung und künstliche Befruchtung

Reichsgesundheitsführer Dr. Leonardo Conti (1900 bis 1945) sah in der Sterilitätsbehandlung und künstlichen Befruchtung für kinderlose Ehepaare eine geeignete, bisher nicht ausgeschöpfte Möglichkeit, die Geburtenzahlen zu steigern(8). Diesbezügliche Anfragen lehnte Himmler jedoch für den Lebensborn kategorisch ab(103). Der künstlichen Befruchtung stand er sogar eher skeptisch gegenüber und

---

<sup>40</sup> Dazu Mackenrodt: "ihre [der Mütter] Unterbringung ist ohne jede Einschränkung vorzüglich zu nennen"(102).

<sup>41</sup> Becker hierzu wörtlich: "Die Vorschläge in dem vorhergehenden Absatz dürfen jed(e)och keineswegs zu dem Schluss führen, dass im Betrieb des Heimes Mangel beständen; die ärztliche Aufsicht ist ausgezeichnet, die Pflegekräfte sind offenbar mit grosser Liebe und vollem Einsatz bei der Sache"(51).

sprach von einer möglichen "Verarmung an Erbanlagen oder Gen(e)faktoren"(8). Entsprechende Anfragen an den Lebensborn über eine Sterilitätsbehandlung und Beratung sollten dabei direkt an andere zuständige Stellen weitergeleitet werden(4).

### **1.8 Kriegsende im Mai 1945 und Ende des „Lebensborn e.V.“**

Wegen der näher rückenden Truppen der Alliierten versuchte der Lebensborn, die Heime in gefährdeten Gebieten zu evakuieren und die dort befindlichen Kinder zügig in anderen Heimen unterzubringen oder an Pflegefamilien zu vermitteln(8). Bereits nach der Landung der Amerikaner in der Normandie im Juni 1944 wurden die Heime in Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden geräumt und die Frauen und Kinder, in vielen Fällen auch ohne ihre Mütter, in das Heim Hochland gebracht(3,8). Auch die Zentrale des Lebensborn war aufgrund vermehrter Bombenangriffe auf München in das ruhiger gelegene Steinhöring ca. 40km östlich von München verlegt worden. Von dort ging vermutlich kurz vor Kriegsende der Befehl aus, die Dokumente, Akten und Urkunden über die Lebensbornkinder, vor allem die der verschleppten Kinder aus dem Ausland, verschwinden oder verbrennen zu lassen.<sup>42</sup> Es wird außerdem vermutet, dass auch amerikanische Soldaten Lebensborndokumente in die Isar(17) bzw. in den Inn(104) geworfen haben. Zum Ende des Zweiten Weltkrieges im Mai 1945 waren von den acht Lebensbornheimen im „Großdeutschen Reich“ noch vier in Betrieb, nämlich die Heime Harz, Hochland, Friesland und das Kinderheim Sonnenwiese(16). Der Heimbetrieb sollte zunächst aufrechterhalten werden, die Verantwortung wurde den entsprechenden Jugendämtern und Gemeindeabteilungen übertragen. Die Leitung des Kinderheimes Sonnenwiese in Kohren-Salis beispielsweise übernahm der Bürgermeister, bevor das Heim im August 1945 offiziell aufgelöst wurde und die Kinder zu ihren Eltern oder in Pflegefamilien vermittelt wurden(3). Die Familienzusammenführung und Vermittlung an Pflege- bzw. Adoptiveltern wurde organisiert durch internationale Kindersuchdienste, u.a. des Internationalen Roten Kreuzes, des International Tracing Service (ITS) sowie der United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA)(8).

---

<sup>42</sup> Mehrere Augenzeugen aus der unmittelbaren Nähe der Heime berichteten, dass ganze Aktenberge kurz vor Kriegsende verbrannt worden seien(3).

## 1.9 Standards der Geburtshilfe während der 1930er und 1940er Jahre

An dieser Stelle erfolgt eine kurze Zusammenfassung ausgewählter geburtshilflicher Aspekte, die in der damaligen Zeit die Arbeit der Hebammen und Geburtshelfer definierten. Dadurch soll für die Ergebnisdarstellung dieser Arbeit und die anschließende Diskussion ein Rahmen für den Vergleich gestaltet werden. Da hiermit (natürlich) nicht alle geburtsassoziierten Prozesse, Komplikationen und mögliche Interventionen bearbeitet werden können, wurde der Fokus auf solche Parameter gelegt, die in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

Auch wenn sich unterschiedliche Angaben über das Verhältnis von Haus- und Klinikgeburten im Deutschen Reich der 1930er Jahre finden ließen, so zeichnete sich dennoch ein steigender Anteil an Klinikgeburten vor allem zwischen den Weltkriegen ab (s. Kapitel 1.4). Im Rahmen der forcierten Schwangerenfürsorge sollte die Betreuung und Untersuchung der werdenden Mutter bereits während der Schwangerschaft etabliert werden. So oblag es der Hebamme im Verlaufe der Schwangerschaft insgesamt mindestens drei Untersuchungen durchzuführen, um mögliche Risiken für den Geburtsverlauf frühzeitig zu erkennen(1,2,105). Inhalte dieser Untersuchung umfassten die Lagebestimmung des Kindes, die Evaluation des mütterlichen Beckens (Vorliegens eines Missverhältnisses), die mütterliche Nierenfunktion und auch die Prüfung der häuslichen Verhältnisse der werdenden Mutter(2). Im Dezember 1938 wurde das Reichshebammengesetz verabschiedet, das die Anwesenheit einer Hebamme bei jeder Geburt im häuslichen Umfeld sowie in einer Entbindungsanstalt vorsah. Außerdem wurde die Berufsgruppe als solche aufgewertet und die Befugnisse im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung erweitert(22).

Eine ärztliche Untersuchung sollte etwa vier Wochen vor der Entbindung stattfinden, um komplikationsgefährdete Schwangere frühzeitig in die klinische Behandlung und Geburtshilfe zu übergeben(1). Wichtige Indikationen für eine Klinikeinweisung zur Geburt waren das enge Becken (ersten Grades nur bei zusätzlichem Vorliegen weiterer Komplikationen), schwierige bzw. verzögerte Geburt bis zum Geburtsstillstand, der dringende Verdacht auf die Notwendigkeit einer operativen Geburt, die Querlage (außer Querlage des zweiten Zwillings) und Beckenendlage (BEL) bei alter Erstgebärender oder bei engem mütterlichen Becken oder großem Kind, Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, Eklampsie sowie die Frühgeburt(1).

Die Definition der Frühgeburt war in der damaligen Literatur nicht einheitlich. Während einige Autoren ein Geburtsgewicht von unter 2500 Gramm als definierendes Maß

anführten(1,106), stellte für andere die Geburtslänge eine geeignetere Möglichkeit zur Einteilung zwischen Fehl-, Früh- und Reifgeborenen dar. Danach war ein Frühgeborenes mindestens 35cm lang und galt damit als lebensfähig im Gegensatz zu einer Fehlgeburt von unter 35cm Körperlänge, war jedoch zwischen dem siebten bis neunten Schwangerschaftsmonat geboren worden(1,2,107).

Der vorzeitige Blasensprung, also der Austritt von Fruchtwasser vor dem Beginn der Wehentätigkeit, stellte bereits in der damaligen Zeit einen Risikofaktor für das Aufsteigen von Infektionen aus der Scheide zum Kind dar(108). Aufgrund des Infektionsrisikos war es für den Geburtshelfer wichtig, so früh und genau wie möglich den Zeitpunkt des Blasensprunges zu bestimmen, wenn sich der Verdacht bei einer sich vorstellenden Schwangeren ergab(109).

Zur Schmerzbehandlung unter der Geburt wurde in der Regel Morphium eingesetzt sowie eine leichte Inhalationsnarkose mit Chloroform oder Äther, von einer tieferen Analgosedierung (sog. Dämmerschlaf) wurde jedoch in der zeitgenössischen Literatur abgeraten(1,109). Da sich aus der medikamentösen, "schmerzlosen Geburtsleitung" Komplikationen im weiteren Geburtsverlauf und durch die Plazentagängigkeit der Medikamente eine potentielle Schädigung des Kindes ergeben konnte, wurde versucht, sub partu so wenig schmerzlindernde Medikamente anzuwenden wie möglich. Bei allen operativen Geburten wurde allerdings in der Regel eine Inhalationsnarkose angewandt. Die medikamentöse Geburtseinleitung war erst seit 1911 möglich geworden, nachdem erstmals die bereits entdeckten uteruswirksamen Hormone aus dem Hypophysenhinterlappen als Wehenmittel verabreicht wurden(110). In den Lebensbornheimen sollten künstliche Geburtseinleitungen jedoch laut Dienstanweisung der Lebensbornärzte nicht erfolgen(111). Bei noch stehender Fruchtblase trotz fortschreitendem Geburtsverlauf konnte die sog. Blasensprengung durchgeführt werden, um den Geburtsvorgang zu beschleunigen(90).

"Normale" Geburten, das heißt Geburten, bei denen keine Komplikationen vorlagen wie Lageanomalien, Wehenschwäche bzw. Geburtsstillstand, Nabelschnurkomplikationen usw. konnten von Hebammen allein durchgeführt werden.

Die äußere Untersuchung der Schwangeren umfasste die Handgriffe nach Leopold zur Bestimmung der Kindslage und Einstellung des Kopfes. Außerdem verschaffte man sich durch die Auskultation der kindlichen Herztöne mit dem Pinard-Hörrohr in der Wehenpause einen Überblick über das intrauterine Befinden des Kindes mit dem Ziel, intrauterine Gefahrensituationen frühzeitig zu erkennen(109). Daraus und bzw. oder



nach Auftreten verfärbten Fruchtwassers konnte bei persistierendem Absinken der kindlichen Herztöne bis in die Wehenpause hinein die fetale Indikation zu einer raschen, operativen Geburtsbeendigung gestellt werden(109). Ursachen der kindlichen Asphyxie konnten einerseits Zirkulationsstörungen im fetalen Blutkreislauf sein, wie z.B. der Verdacht auf eine Nabelschnurkompression, (partielle) vorzeitige Plazentalösung und Krampfwehen, andererseits traumatisch bedingt durch die Geburt bei engem Becken mit Schädelkompression, Frühgeburtlichkeit und operativer Entbindung(112). Die Bezeichnung "Scheintod" bezog sich dabei eher auf eine Unterform der kindlichen Asphyxie, nämlich der Asphyxia pallida, bei der das Kind blass und schlaff geboren wurde, allerdings bei positiver Herzaktion(113). Demgegenüber kam bei der Asphyxia livida das Kind blauasphyktisch und mit normalem Muskeltonus zur Welt. Pathologisch war vor allem der erhöhte Kohlenstoffdioxidgehalt bei reduziertem Sauerstoffgehalt im Nabelschnurblut(113). Der intrauterine fetale Tod wurden in der Regel nur dadurch entdeckt, dass keine Herztöne mehr hörbar waren oder dass die Kinder bereits mazeriert auf die Welt kamen.

Innere Untersuchungen sollten die Befunde der äußeren Untersuchung ergänzen, allerdings auf ein Mindestmaß reduziert werden, um das Risiko der Keimeinschleppung zu minimieren. Die Untersuchung diente der Einschätzung des äußeren Muttermundes, der Fruchtblase und des Höhenstandes des kindlichen Kopfes im Geburtskanal sowie der Evaluation weiterer Komplikationen. Eine rektale Untersuchung zum Stand der Geburt komplettierte die geburtshilflichen Untersuchungen zur Einschätzung des Geburtsverlaufes und zur Entdeckung möglicher Komplikationen(109).

### **Geburtshilflich-operative Eingriffe**

Zu den geburtshilflichen Standardoperationen zählten Zangengeburt (Forcepsentbindungen), Manualhilfe und Extraktion bei BEL, Wendungen, zerstückelnde Operationen, Eingriffe zur Behandlung von Nachgeburtsstörungen, Inzisionen am Damm (Episiotomien) sowie Nahtversorgung von Verletzungen der mütterlichen Geburtswege (Zervix, Scheide, Damm).

### **Zangenentbindung (Forcepsentbindung)**

Zangenentbindungen gehörten in der damaligen Zeit zu den häufig durchgeführten Maßnahmen in der Geburtshilfe. Die (drohende) intrauterine Asphyxie des Kindes stellte dabei die Hauptindikation für die Anwendung einer Zange zur Extraktion des

Kindes dar(112). Es gab sogar Vorschläge, bei jeder durchgeführten Episiotomie, die nicht nach zehn Minuten die Geburt des Kindes zur Folge hatte, eine Zangenentbindung anzuschließen, da in diesen Fällen der dringende Verdacht einer Nabelschnurumschlingung bestünde(114). Sogenannte "hohe Zangen" aus der Beckeneingangsebene waren mit deutlich höherem Risiko für das Kind verbunden als Zangenentbindungen aus Beckenmitte oder dem -ausgang. Angaben zur Neugeborenensterblichkeit nach Entbindung durch eine "hohe Zange" schwankten zwischen 30% und 50%. Insgesamt lag die kindliche Mortalität bei Zangengeburt zwischen 10% bis 13%(112), wobei meist eine intrakranielle Blutung ursächlich war(112).

### **Wendung und Extraktion**

Kinder in Beckenendlage konnten, wenn sich der kindliche Steiß zwischen Beckeneingang und Beckenausgang befand, durch eine ganze Extraktion entwickelt werden, bei der das Kind am Fuß oder durch Einhaken in der Hüftbeuge extrahiert wurde. Als halbe Extraktion dagegen wurde nach geborenem Steiß die Armlösung und die Entwicklung des Kopfes bezeichnet(115).

Wendungen auf den Kopf erfolgten meist bei Querlage des Kindes durch Anwendung äußerer Handgriffe (äußere Wendung). Ließ sich das Kind dadurch nicht mehr auf den Kopf drehen, wurde eine innere Wendung auf den Fuß mit anschließender Extraktion durchgeführt(115,116).

### **Zerstückelnde Operationen**

Um den Geburtsvorgang bei bereits verstorbenem Kind zu beschleunigen, konnten zerstückelnde Operationen durchgeführt werden. Lag das Kind in Schädellage, konnte zwischen verschiedenen Methoden gewählt werden, u.a. der Perforation, Ausspülen und Aussaugen des Gehirns, Kranioklast und speziellen Zangen. Bei Beckenendlage wurde dagegen eine Perforation des Kopfes durchgeführt, lag das Kind in Querlage, konnte zwischen Dekapitation und Embryotomie mittels verschiedener Instrumente entschieden werden(115).

### **Geburtsverletzungen und Episiotomien**

Die Einteilung von Dammrissen (DR) erfolgte damals in drei bzw. vier Grade. Beim DR I. Grades lag ein Scheiden- und Frenulumriss vor, die oberflächliche Dammhaut war bis

auf maximal 2cm eingerissen, beim DR II. Grades kam es zu einer Zerreißung der Dammmuskulatur, jedoch unter Erhalt des Sphincter ani externus, der beim DR III. Grades ebenfalls gerissen war. Kam es zusätzlich zu einem Riss der vorderen Mastdarmwand, sprach man von einem DR IV. Grades(117). Bei Dammrissen II. und III. Grades bestand die Indikation zur zeitnahen Versorgung durch Naht entweder in leichter Äthernarkose oder in Lokalanästhesie.

Bei drohendem Dammriss tendierte man in der damaligen Zeit eher dazu, eine Episiotomie durchzuführen, und zog somit den Schnitt dem natürlichen Riss des Dammes vor. Indikationen bildeten u.a. Beckenendlagen und rigide Weichteile bei älteren Erstgebärenden in Kombination mit einer Zangenentbindung(116). Dabei wurde in der Regel eine laterale Episiotomie durchgeführt(118), einige Autoren favorisierten auch die mediane gegenüber der lateralen Episiotomie(119).<sup>43</sup> Für den komplikationslosen Verlauf des Wochenbettes war die fachgerechte Versorgung von Geburtsverletzungen essentiell, um Wundinfektionen und Wundheilungsstörungen zu vermeiden.

### **Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)**

Nach der deutschen Kaiserschnittstatistik aus dem Jahr 1938 stellte das enge Becken die häufigste Indikation zur Kaiserschnittentbindung dar, gefolgt von der Placenta praevia, Eklampsie und Präeklampsie sowie Gefährdung des Kindes(120).

Durch die zunehmende Erfahrung der Ärzte auf dem Feld der operativen Geburtshilfe sowie durch die Einführung der Antibiotikatherapie zur Infektionsbekämpfung erlebte die Schnittentbindung bis in die 1930er Jahre einen Aufschwung. Allerdings vertraten viele Geburtshelfer die Ansicht, dass aufgrund der immer noch vergleichsweise hohen, mit einer Sectio caesarea verbundenen mütterlichen Mortalitätsrate von 4% bis 5% (bei einigen Operateuren lediglich 1% bis 2%) eine Ausweitung der Indikationsstellung nicht zu unterstützen wäre(120). Neben der intraperitonealen Operation hatte sich für Patientinnen mit Fieber die extraperitoneale Schnittentbindung ohne vorherige Eröffnung der Bauchhöhle(120) etabliert. Zusätzlich zu der erhöhten Müttersterblichkeit barg die Schnittentbindung das Risiko an Komplikationen für Folgeschwangerschaften, zum Beispiel Narbenruptur.

---

<sup>43</sup> Ob in den 1930er Jahren bereits auch die Durchführung mediolateraler Episiotomien erfolgte, konnte nicht abschließend geklärt werden.

Die Einteilung und Definition der verschiedenen Parameter der kindlichen Sterberaten (perinatale Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit, etc.) erfolgt im Ergebnisteil bei der Vorstellung der Daten.

## 2. Methodik

### 2.1 Datensammlung

Zunächst erfolgte eine orientierende Literatursuche über die Bibliotheksportale der Freien Universität Berlin, der Bayerischen Staatsbibliothek München und der Bibliothek des Bundesarchivs Berlin Lichterfelde sowie im Karlsruher Virtuellen Katalog zum derzeitigen Forschungsstand und Verbleib relevanter Lebensbornakten.

Für eine weiterführende Einordnung in den historischen Kontext des Lebensborn über die nationalsozialistisch-politischen Motive hinaus wurden über die gängigen Suchmaschinen wie PubMed, Researchgate und das Deutsche Digitale Zeitschriftenarchiv DigiZeitschriften nach gesellschaftspolitischen sowie medizin-historischen Publikationen und Arbeiten gesucht. Dadurch sollen die Entstehungsbedingungen für derartige Entbindungsheime vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Diskussion in der Geburtshilfe zum Thema Anstalts- versus Hausgeburten ebenso wie die Aspekte der Bevölkerungsentwicklung im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts beleuchtet werden.

Für die vorliegende Analyse über die geburtshilfliche Arbeit in den Lebensbornheimen wurden zur Materialeinsicht und -sammlung folgende Archive in Deutschland besucht: das Bundesarchiv Berlin Lichterfelde, die Berliner Zentrale des Archivs des BStU (Der Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik), das Landesarchiv Berlin, das Archiv des Internationalen Suchdienstes (International Tracing Service, ITS) Bad Arolsen und das Stadtarchiv Wernigerode. Gesucht wurde insbesondere nach Angaben über die stattgefundenen Geburten, Komplikationen der Schwangeren, Mütter und Kinder und die ärztlichen Tätigkeiten in den Heimen. Im Rahmen der umfassenden Datenerhebung wurden dabei sowohl analoge wie auch digitalisierte Datensätze über die Lebensbornarbeit in Form von ärztlichen Heimberichten, Jahresberichten über die Lebensbornarbeit, Datensätzen aus der Statistikabteilung des Lebensborn sowie Korrespondenzen (überwiegend) von und an Dr. Gregor Ebner, ärztlicher Leiter des „Lebensborn e.V.“, ausgewertet.

Anhand einer Lebensbornstatistik soll an dieser Stelle kurz auf die Schwierigkeiten in der Auswertung von Statistiken aus der Zeit des Nationalsozialismus hingewiesen werden. Im ITS Bad Arolsen waren monatliche Aufstellungen über die Lebensbornarbeit

zu finden (bürokratisch-organisatorische Angaben sowie Geburtenanzahl und Sterbefälle in den Heimen) vom April 1939 bis November 1941(121). Innerhalb dieses Zeitraumes fehlten allerdings Datensätze zu einzelnen Monaten (Januar 1940 und Januar 1941, Juli 1939 und Juli 1941). Für spätere Jahre konnten keine derartig geführten Statistiken mehr gefunden werden. Die Datenauswertung über die Lebensbornarbeit von 1936 bis 1945 war also dahingehend erschwert, dass die heute verfügbaren Datensätze äußerst lückenhaft sind. Die Aussagen der Mitarbeiter in den jeweiligen Standesämtern und Stadtarchiven (s.u.) bestätigten, dass ein Großteil der Daten gegen Ende des Zweiten Weltkrieges verbrannt, vergraben oder anderweitig verloren gegangen ist. Dies deckt sich dabei mit dem bei der eigenen Recherche gewonnenen Eindruck sowie der derzeitigen Forschungsmeinung in der Sekundärliteratur.

Zusätzlich ergab eine Kontrolle der Geburtendaten in den Monatsstatistiken Übertragungs- bzw. Rechenfehler bei der Zusammenzählung der einzelnen Heimdaten auf die Gesamtanzahl an Geburten(121,122). Auch andere Statistiken wiesen fehlerhafte Berechnungen auf, sodass für eine Datenanalyse die Angaben stets im Vergleich mit weiteren Daten hinterfragt und im zeitlichen Verlauf verifiziert oder falsifiziert werden mussten. Bei der Betrachtung korrelierender statistischer Aufstellungen wurden außerdem individuell bedingte Unterschiede in der Datenführung ersichtlich. Zum einen fiel in abschließenden Jahresberichten von 1939 und 1940 eine uneinheitliche Verwendung der Begriffe "Entbindungen", "Geburten" und Anzahl der "Geborenen" auf.<sup>44</sup> Zum anderen ließen sich auch strukturelle Berechnungsfehler bei der Aufstellung der Raten an Säuglingssterblichkeit in den Lebensbornheimen nachweisen, auf die an spezifischer Stelle hingewiesen wird. Während aufgrund der vergleichsweise kleinen Beobachtungsgruppe zahlenmäßig die Differenzen nicht deutlich ins Gewicht fallen, zeigt dieser Umstand jedoch, dass die vermeintlich standardisierte und akribische Auswertung der Lebensbornarbeit individuell geprägt und fehlerhaft war und sich allein dadurch Unterschiede manifestieren konnten.

Zusätzlich wurden im Rahmen der Datensammlung die Standesämter der jeweiligen Gemeinden, in deren Nähe ein Lebensbornheim eingerichtet war, kontaktiert.

---

<sup>44</sup> Ein Jahresabschlussbericht setzt dabei die Anzahl der Geburten mit der Anzahl der geborenen Kinder gleich(65), während im Bericht bis zum 31.12.1939 die Entbindungen mit Geburten gleichgesetzt werden, die Anzahl der Geborenen nach Angabe der Zwillingsgeburten separat genannt wird(137).

Nach derzeitigem Forschungsstand sind die Geburtenbücher folgender Heime vorhanden: Heim Hochland im Standesamt Steinhöring ebenso wie die Sterbe- und Heiratsbücher des Heimes,<sup>45</sup> Heim Friesland im Standesamt Schwanewede,<sup>46</sup> Heim Harz im Stadtarchiv Wernigerode und Heim Schwarzwald im Standesamt der Gemeinde Nordrach.<sup>47</sup> Die Anfragen richteten sich dabei nach medizinischen Informationen über die Geburten- und Sterbefälle in den jeweiligen Lebensbornheimen, die in den Büchern geführt wurden. Da nach Auskunft der Standesämter Steinhöring und Schwanewede sowie der Gemeindeverwaltung Nordrach die Geburtenbücher neben den Geburts- und Sterbemeldungen jedoch keine weiteren medizinischen bzw. geburtshilflichen Informationen über die Entbindungen enthielten, konnte eine Einsicht dieser Geburtenbücher im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht gewährt werden.<sup>48</sup> Nichtsdestotrotz wurde durch die Mitarbeiter in den Standesämtern eine völlig anonymisierte statistische Auszählung der Geburten in den Heimen Steinhöring,<sup>49</sup> Friesland<sup>50</sup> und Schwarzwald<sup>51</sup> zur Verfügung gestellt, die dann ausgewertet werden konnte.

Mitarbeiter des Stadtarchivs Wiesbaden und des Standesamtes Lindow/Mark verwiesen bezüglich überlieferter Daten aus den Heimen Taunus und Kurmark bei fehlenden Statistiken und Heimdaten auf die eingangs genannten Archive sowie die einschlägige Sekundärliteratur.<sup>52</sup> Über den Verbleib der Geburtenbücher und weiterer Unterlagen der Heime Pommern und Ostmark/Wienerwald konnten keine weiterführenden

---

<sup>45</sup> Kontakt über Frau Windstetter, Standesamt Steinhöring, 12.11.2015.

<sup>46</sup> Die Sterbebücher des Standesamtes Hohehorst wurden nach Informationen aus dem Standesamt Schwanewede an das Kreisarchiv Osterholz-Scharmbeck (Leitung Frau Jannowitz-Heumann) abgegeben, Email vom 20.10.2016.

<sup>47</sup> EMailkontakt Herr Vollmer, Vorsitzender des Historischen Vereins Nordrachs, 07.06.2016.

<sup>48</sup> Bezüglich der Geburtenbücher des Heimes Hochland: Kontakt Frau Windstetter, Gemeinde Steinhöring, November 2016; bezüglich der Geburtenbücher des Heimes Friesland EMailkontakt Frau Klein, Ministerium für Inneres und Sport Niedersachsen, 27.04.2016; bezüglich der Geburtenbücher des Heimes Schwarzwald Telefonat mit Frau Braun, Gemeindeverwaltung Nordrach, am 21.11.2016. Dies deckt sich ebenfalls mit der Erfahrung der Journalistin D. Schmitz-Köster, die nach Kontaktaufnahme per Email am 21.11.2015 bestätigte: "Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, dass mir der Zugang zu den Geburtenbüchern an einigen Orten mit datenschutzrechtlichen Argumenten verwehrt wurde und wird."

<sup>49</sup> Auszählung postalisch erhalten von Herrn Preimesser, Heimatverein Steinhöring e.V., vom 09.11.2015; Auszählung per Email Frau Windstetter, Gemeinde Steinhöring, 03.01.2017.

<sup>50</sup> Auszählung per Email Herr Liebig, Hohehorst Archiv, 29.07.2016; Aufsatz von Fr. Jannowitz-Heumann in "Rundblick" Herbst 1999, S.6 (erhalten per Email am 29.10.2016); Auszählung per Email Frau von Rahden, Standesamt Schwanewede, 04.01.2017.

<sup>51</sup> Kontaktvermittlung und Verweis an Frau Dr. Neumaier(104).

<sup>52</sup> Aussage im Telefonat mit Herrn Rech, Stadtarchiv Wiesbaden, am 28.04.2016; Email Frau Bergmann, Standesamt Lindow/Mark, 09.05.2016.

Informationen gefunden werden. Im Rahmen der Recherchen wurde es möglich, Kontakt zu einem Lebensbornkind aufzunehmen, das 1943 im Heim Ostmark/Wienerwald auf die Welt gekommen ist. Freundlicherweise wurden für die vorliegende Arbeit einzelne, die Mutter betreffende Lebensbornakten zur Verfügung gestellt.<sup>53</sup>

Dem derzeitigen Forschungsstand nach sind die übrigen Unterlagen der Lebensbornheime, wenn nicht in den Standesämtern oder Archiven gesammelt, zum Kriegsende vernichtet oder vergraben worden.

Im Falle des Heimes Harz stellte sich eine für die vorliegende Analyse außerordentlich bereichernde Möglichkeit zur Einsicht dar. Im Stadtarchiv Wernigerode waren sowohl ein Geburtenbuch des Heimes Harz von 1938 bis 1945 sowie drei der (wahrscheinlich) fünf Hebammentagebücher archiviert, die weitere geburtshilfliche Informationen über die stattgefundenen Entbindungen von Oktober 1941 bis Mitte März 1944 liefern. Zudem konnte Einsicht in das Sterbebuch des Standesamtes Wernigerode II genommen werden, in dem die Sterbefälle des Heimkomplexes (Salzbergstraße 14 sowie Brockenweg 1) zwischen 1937 und 1945 eingetragen wurden. Es erfolgte eine anonymisierte Handeingabe aus diesem Material, dabei wurden die Vorgaben des Datenschutzes beachtet. Bei dem "Geburtenbuch" handelt es sich nicht um ein standesamtliches Geburtenbuch, sondern um ein Stationsbuch, in dem neben Angaben über die Mütter und dem Geschlecht des Kindes auch kurze Bemerkungen über den Geburtsverlauf festgehalten wurden. Da der Titel auf dem Einband "Geburtenbuch" lautet, wird im Verlauf der Arbeit dieser Begriff verwendet. Für die Auswertung und die Einordnung der geburtshilflichen Arbeit im Heim Harz in das Gesamtbild der Lebensbornarbeit wurden diese wertvollen Quellen auf Parameter hin untersucht, über die sich auch Angaben in anderen Lebensbornheimen machen ließen. Ergänzend wurden solche Daten ausgewertet, über die sich zuverlässige Aussagen im zeitlichen Verlauf treffen ließen.

### **Geburtenbuch 1938 bis 1945 „Lebensborn e.V.“ Heim Wernigerode(62)**

Im Geburtenbuch des Heimes Harz in der Gemeinde Wernigerode erfolgte die Aufzeichnung der Geburten fortlaufend nach folgendem Prinzip: laufende Nummer, Datum (der Entbindung), Name und Vorname (der Mutter), Alter, Stand, Parität,

---

<sup>53</sup> Der Kontakt wurde freundlicherweise durch Frau Dr. Neumaier vermittelt. Die Lebensbornakten wurden erhalten per Email am 21.11.2015.



Geschlecht (des Kindes), Bemerkung(en) (z.B. Spontanpartus, Wehenschwäche, Zange, etc.). In der Spalte "Stand" wurde mitunter die Religionszugehörigkeit in Ergänzung sowie anstelle des Ehestatus der Mutter aufgezeichnet. Aus diesem Grund fehlen bei neun Frauen Einträge zum Ehestatus zusätzlich zu fünf weiteren, in denen das Feld leer blieb. 18 Einträge im Feld "Bemerkungen" konnten aufgrund der schwer lesbaren Handschrift nicht sicher ausgewertet werden, davon 13 im Jahr 1940.

Die erste aufgezeichnete Geburt fand am 01.01.1938 statt, die letzte Entbindung am 11.05.1945. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Broschüre "Geboren im Heim 'Harz' Wernigerode"(54), 2003 im Auftrag der Geschichtskommission des Landkreises Wernigerode herausgegeben, ebenfalls eine Auswertung des Geburtenbuches enthält, auf die in dieser Arbeit in der Diskussion eingegangen wird.

Ausgewertet wurden die Anzahl der Geburten inklusive Zwillingsgeburten, die mütterlichen Daten wie Alter, Ehestatus und Parität sowie die Anteile an Jungen und Mädchen. Zudem wurde neben dem Entbindungsmodus auch die Durchführung etwaiger geburtshilflicher Eingriffe erfasst. An mütterlichen Komplikationen wurde eine Einteilung in Komplikationen im Rahmen der Geburt und Komplikationen im Wochenbett vorgenommen (s.u.). Die kindlichen Komplikationen unter der Geburt wurden durch die Angaben zu kindlichen Sterbefällen ergänzt. Die Angabe von kindlichen Sterbefällen wurde im Geburtenbuch meist mit einem Kreuz kenntlich gemacht.

### **Tagebücher der Hebamme des Lebensborn "Heim Harz" Kreis Wernigerode(123–125)**

Die insgesamt drei Hebammentagebücher aus dem Heim Harz im Stadtarchiv Wernigerode beinhalteten eine "Anweisung zur Führung des Tagebuchs".<sup>54</sup> Neben drei beispielhaften Eintragungen beinhaltet diese eine Anleitung über das Ausfüllen der Tabelle über die mütterlichen Daten, den Geburtsverlauf inklusive gegebenenfalls durchgeführter Interventionen sowie mütterliche und kindliche Komplikationen unter und nach der Geburt. Die Auswertung der Hebammentagebücher zeigte jedoch, dass nur in seltenen Fällen den Beispielen entsprechend ausführliche Eintragungen zu den Geburten erfolgten. Vermutlich wurde die Führung der Tagebücher in unterschiedlichem Umfang praktiziert. Das erste überlieferte Hebammentagebuch beinhaltet lediglich

---

<sup>54</sup> Kopie siehe Anhang S. 162f.

Angaben vom 13. Oktober 1941 bis zum Jahresende 1941. Für das Jahr 1944 sind im dritten Hebammentagebuch ebenfalls nur unvollständige Eintragungen bis zum 16. März 1944 vorhanden, sodass diese Angaben nicht in die vorliegende Auswertung aufgenommen wurden.

Aus dem zweiten und dritten Hebammentagebuch konnten vollständige, ergänzende Daten über den Wochenbettverlauf und die ersten Lebenstage der Kinder für die Jahre 1942 und 1943 erhoben werden.

Die Beschriftung des dritten Hebammentagebuchs "Brockenweg 1" bezeichnet dabei die Anschrift des Hauptgebäudes, in welchem die Entbindungen stattfanden(54). Nach derzeitigem Forschungsstand sollen auch außerhalb des Heimes Harz mit seinem Gebäudekomplex am Brockenweg weitere Entbindungen im Rahmen des Lebensborn stattgefunden haben (3,54). Aufgrund fehlender Angaben bleiben diese Annahmen aber rein spekulativ und können in die folgende Ergebnisauswertung nicht aufgenommen werden.

### **Sterbebuch Standesamt Wernigerode II - "Lebensborn e.V." 1937 bis 1945(126)**

Abschließend konnten die Sterbefälle im Heim Harz anhand des Sterbebuches aus dem heimeigenen Standesamt erhoben werden. Die Sterbemeldungen beinhalteten neben den Angaben zum Kind und den Kindeseltern den Sterbezeitpunkt. Das Feld über die (mögliche) Todesursache wurde nicht immer ausgefüllt. Die Anzeigen wurden den Geburtseinträgen im Geburtenbuch zugeordnet und lieferten korrigierende und ergänzende Informationen über Totgeburten bzw. das postnatale Versterben von Kindern. Teilweise wurden im Geburtenbuch später verstorbene Kinder mit einem Kreuz markiert. In vielen Fällen fehlte jedoch die Information über das Ableben des Kindes. Interessanterweise waren im Jahr 1938 sechs Todesfälle gemeldet worden, denen kein Eintrag im Geburtenbuch zugeordnet werden konnte. Die Meldung erfolgte durch die Hebamme Ida Matthießen sowie den Heimarzt Dr. Max Lindemann und nannte als Geburtsort der Kinder den Brockenweg 1. Demgegenüber war im Sterbebuch kein Eintrag über ein Mädchen mit Trisomie 21 im Juni 1939 zu finden, das im Geburtenbuch mit einem Kreuz für "verstorben" markiert wurde.

## 2.2 Darstellung der Ergebnisse

Die auf diese Art und Weise gesammelten, trotz einiger Lücken umfangreichen Datensätze wurden zur Auswertung im Sinne einer deskriptiven Datenanalyse aufbereitet. Die betrachteten Parameter sollten dabei über den zeitlichen Verlauf der Lebensbornarbeit von 1936 bis 1945, insbesondere auf mögliche Entwicklungen in den Kriegsjahren hin ausgewertet werden. Dabei wurde fast ausschließlich auf die vorhandenen Datensätze zurückgegriffen, Hochrechnungen wurden nur im speziellen Fall als Mittel zur Einordnung der Größe der Beobachtungsgruppe angewandt und als solche deutlich von den Primärdaten abgegrenzt.

Einbezogen in die Geburtenauswertung wurde neben den sieben deutschen Entbindungsheimen auch das österreichische Heim Ostmark/Wienerwald in der Nähe von Wien, da die Ostmark nach dem Anschluss Österreichs im Jahr 1938 zum "Großdeutschen Reich" gehörte. In den Lebensbornstatistiken wurde es seit der Eröffnung im Oktober 1938 deshalb stets aufgenommen.

Für die Auswahl und Priorisierung der Quellen wurde versucht, so nah wie möglich an den Geburtendaten, das heißt an den Geburtenbüchern zu bleiben. Deshalb wurden Auszählungen aus Geburtenbüchern bezüglich der Quellenvolidität höher eingestuft als lebensborneigene Statistiken. Dies wird damit begründet, dass es nachweislich zu fehlerhaften Berechnungen der Geburtenanzahl in den Monatsstatistiken kam. Zum anderen wurden in einigen Heimen Nachbeurkundungen von Geburten in den Geburtenbüchern (beispielsweise in den Heimen Harz und Schwarzwald) vorgenommen. Somit stellen die Geburtenbücher, so vorhanden, eher den vollständigen Datensatz dar als die zeitgenössischen Statistiken des Lebensborn.

Bei der Betrachtung der Daten im Verlauf über die Jahre wurden Prozentangaben einzelner Parameter auf die Gesamtzahl an Geburten als Hilfsmittel zur Überprüfung der Validität und Auswahl von Quellen bei sich widersprechenden Angaben verwendet. Anhand eines Beispiels soll dies zum besseren Verständnis aufgezeigt werden. In einer Statistik zur Säuglingssterblichkeit bis zum 30.04.1940 wurden 1720 Geborene auf 1697 Geburten angegeben, es fanden demnach rechnerisch 23 Zwillingsgeburten bis Ende April 1940 statt(127). Dies entspricht einer Häufigkeit an Zwillingsgeburten von 1,36%. Im abschließenden Jahresbericht vom 31.12.1940(65) wurden jedoch insgesamt nur 20 Zwillingsgeburten angegeben, nämlich 2408 Geborene bei 2388 Entbindungen, was einer Häufigkeit von 0,84% entspricht. Da im Vergleich weiterer Angaben, die Rate von 1,36% vom 30.04.1940 deutlich über dem sonstigen Durchschnitt

(Zwillingsgeburtenraten in der Regel unter 1% aller Lebensborngeburten, s. Kapitel 3.1) liegt, wurde auf diese Angabe an Zwillingsgeburten nicht zurückgegriffen.

Die Darstellung der Ergebnisse ist in vier Kapitel unterteilt.

### **Erstes Kapitel: Geburtenzahl in den Lebensbornheimen**

Im ersten Kapitel wurde zunächst versucht, eine möglichst genaue Angabe an Geburten in den acht Lebensbornheimen zu ermitteln. Vollständige Angaben ließen sich für die Heime Hochland, Harz, Schwarzwald und Friesland erheben.<sup>55</sup> Mit Ausnahme des Heimes Friesland können monatliche Aufstellungen über die Geburten von Eröffnung bis Schließung des jeweiligen Heimes erfolgen. Für das Heim Pommern liegen Lebensbornstatistiken bis zum Ende des Jahres 1942 vor. Für die anderen Heime Ostmark/Wienerwald, Kurmark und Taunus konnten keine zusammenhängenden Datensätze gefunden werden. Lediglich die Analyse von Monatsstatistiken und Vierteljahresstatistiken aus der Statistikabteilung des Lebensborn liefern einen periodischen Einblick in die geburtshilfliche Arbeit dieser Heime.<sup>56</sup> Im Fall des Heimes Taunus wurden Angaben von Bembenek(128) übernommen und für die Heime Ostmark/Wienerwald und Kurmark erfolgte die Ermittlung einer ungefähren Geburtenanzahl mittels Hochrechnungen. Die so errechnete Gesamtzahl der Geburten, die in den Lebensbornheimen von 1936 bis zum Kriegsende im Mai 1945 stattgefunden haben, soll dem Leser der vorliegenden Analyse einen Eindruck über das Ausmaß der geburtshilflichen Arbeit und der Größe der Beobachtungsgruppe in den Lebensbornheimen ermöglichen.

### **Zweites Kapitel: Ausführungen zu den Geburtendaten**

Das zweite Kapitel beinhaltet eine weiterführende Darstellung der Geburtendaten unterteilt in die Abschnitte der mütterlichen und den kindlichen Daten. Zunächst werden die mütterlichen Daten wie folgt dargestellt:

#### **Alter der Mütter**

Die Einteilung der Mütter erfolgte in die Altersgruppen

---

<sup>55</sup> Nach Kontakt mit den zuständigen Standesämtern und Stadtarchiven, siehe Kapitel 2.1.

<sup>56</sup> In der folgenden Analyse wird auf das Archivmaterial ebenso wie auf Literaturangaben im Literatur- und Quellenverzeichnis verwiesen.

bis 19 Jahre  
 20 bis 24 Jahre  
 25 bis 29 Jahre  
 30 bis 34 Jahre  
 über 35 Jahre  
 keine Angabe.

Diese Einteilung wurde entsprechend der Altersgruppen der Vergleichsgruppe an der Universitätsfrauenklinik Köln(26) gewählt.

Neumaier(104) nimmt in ihrer Dissertation zur Auswertung der Daten des Heimes Schwarzwald eine Einteilung der Mütter nach den Geburtsjahrgängen vor:

1900 bis 1905  
 1906 bis 1911  
 1912 bis 1917  
 1918 bis 1923  
 1924 bis 1928  
 unbekannt

### **Parität**

Die Geburtenbücher im Heim Harz und die Statistik des Heimes Pommern ermöglichen Angaben zur Parität der Lebensbornmütter. Dabei wurde in der Analyse unterteilt in

Erstgebärende (I. Para)  
 Mehrgebärende ( $\geq$ II. Para), davon  
     Zweitgebärende (II. Para)  
     Drittgebärende (III. Para)  
     Viert- und Mehrgebärende ( $\geq$ IV. Para).

### **Ehestatus**

Nach dem Ehestatus wurden die Schwangeren und Mütter unterteilt in

ehelich bzw. verheiratet  
 außerehelich bzw. ledig.

Einige Statistiken unterteilten außerdem Frauen in verwitwet und geschieden. Wie bereits erwähnt, erfolgte in der Tabellenspalte zum "Stand" im Geburtenbuch des Heimes Harz zeitweise die Angabe der Religionszugehörigkeit (evangelisch, katholisch, gottgläubig).

## Beruf

Sowohl für die aufgenommenen Mütter als auch die Kindsväter können Angaben über die ausgeübten Berufe gemacht werden.

Die Einteilung der Lebensbornmütter erfolgte dabei in Anlehnung an die Einteilung in der Vierjahresstatistik zum 31.12.1939(40,129) des Lebensborn in

Arbeiterin

Handarbeiterin

Hausangestellte

kaufmännische Angestellte

mit abgeschlossenem Examen (inklusive Pädagoginnen, Hebammen, Säuglings-/Krankenschwester)

sonstige (inklusive Künstlerinnen, NS-Organisation (Bund Deutsche Mädel (BDM)-Führerinnen))

beruflos (inklusive Schülerinnen, Studentinnen, Hausfrauen).

Neumaier(104) konnte für das Heim Schwarzwald ebenfalls eine Berufsstatistik der Mütter erheben. Zusätzlich zu den oben genannten Berufsgruppen können daraus ergänzende Angaben gemacht werden für

Akademikerin

Angestellte

Auszubildende

Bäuerin

Handwerkerin

keine Angabe.

Die Einteilung der Kindsväter erfolgte gemäß der Einteilung aus dem Vierjahresbericht zum 31.12.1939(129) des Lebensborn in

Arbeiter

selbstständige Handwerker

Wehrmachtsangehörige

SS-Angehörige

Handel und Gewerbe (selbstständig)

Angestellte, kaufmännische und technische

Parteiführer hauptamtlich

akademische Berufe, davon

Studenten

höhere Staatsbeamte

Diplomlandwirte

sonstige akademische Berufe (Ärzte, Professoren, usw.).

Ergänzend hinzu kamen Daten zu folgenden Gruppen aus der Siebenmonatsstatistik von November 1941 bis Mai 1942(130):

untere und mittlere Beamte

freie Berufe (inklusive Künstler)

sonstige Berufe

Beruf nicht festzustellen

### **Beurteilung nach SS-Auslesebedingungen und RF-SS-Fragebogen (Kategorie I bis IV)**

Vor dem Hintergrund der rassenideologisch geprägten Ziele des Lebensborn erfolgte seinerzeit eine Einteilung der Lebensbornmütter und -väter gemäß der SS-Auslesebestimmungen und Bewertungen nach den Fragebögen des Reichsführer-SS (s. Kapitel 1.6.1). Die Elternteile wurden dabei unterteilt in

entspricht den Auslesekriterien der SS.

entspricht den Auslesekriterien der SS nicht ganz.

entspricht den Auslesekriterien der SS nicht.

Die Bewertung der Fragebögen erfolgte durch den Reichsführer-SS seit Januar 1942 in vier Kategorien (Tabelle 4):

I	für die Mutter und den Vater charakterlich, weltanschaulich, rassisch erbgesundheitlich und gesundheitlich in Ordnung
II	charakterlich und weltanschaulich in Ordnung, jedoch rassisch, erbgesundheitlich und gesundheitlich gewisse Mängel
III	gewisse Mängel und unreife charakterliche oder weltanschauliche Art oder rassische erbgesundheitliche und gesundheitlich stärkere Fehler
IV	unerwünschte Mutter oder unerwünschter Vater, charakterlich oder weltanschaulich fehlerhaft oder rassisch abzulehnen oder erbgesundheitlich und gesundheitlich ernsthaft zu beanstanden und deswegen als Erzeugen [sic!] von Kinder[n] unerwünscht.“

**Tabelle 4: Einteilung nach Fragebögen Reichsführer-SS, Stand 1942(35)**

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels werden die Anteile an Jungen bzw. Mädchen bei den Geburten in den Lebensbornheimen dargestellt. Dementsprechend erfolgt die Einteilung nach

Jungen  
Mädchen.

Außerdem wird auch bei den Geburten zwischen  
ehelichen und  
unehelichen Kindern  
unterschieden.

### **Drittes Kapitel: Mütterliche und kindliche Komplikationen**

Das dritte Kapitel stellt die Komplikationen im Rahmen der Geburt und im Verlauf des Heimaufenthaltes dar. Es ist wiederum untergliedert in maternale Komplikationen und kindliche Komplikationen. Ergänzt werden die Auswertungen der Vierteljahresstatistiken über die gesamte Lebensbornarbeit durch die Datensätze aus dem Geburtenbuch und den Hebammentagebüchern des Heimes Harz.

#### **Mütterliche Komplikationen**

Die Auswahl der betrachteten Komplikationen wurde dabei durch die Vierteljahresstatistiken(131–134) des Lebensborn vorgegeben:

Dammriss - ohne Gradeinteilung<sup>57</sup>  
Uterusatonie  
Wochenbettfieber  
Fieber anderer Herkunft  
Mastitis  
Thrombose  
mütterliche Sterberate

---

<sup>57</sup> Raten bezogen auf die Anzahl der "Geburten", wie sie in den Vierteljahresstatistiken des Lebensborn geführt wurden.



Zusätzlich konnten für das Heim Harz folgende Komplikationen in die Analyse aufgenommen werden:

- vorzeitiger Blasensprung
- Wehenschwäche
- Dammriss - mit Gradeinteilung
- andere Geburtsverletzung, davon
  - Schürfung
  - Hautriss
  - Labienriss
  - Cervixriss
- Milchstau
- Lochialstau
- Eklampsie
- Sepsis
- Verlegungen von Patientinnen ins Krankenhaus

In der Gesamtauswertung der mütterlichen Komplikationen wurden die Anteile auf die Anzahl der entbundenen Mütter berechnet. Lediglich die Häufigkeit an Dammrissen wurde auf die Anzahl der geborenen Kinder bestimmt.

Dammrisse, die im Geburtenbuch des Heimes Harz mit "DR I°-II°" oder "DR II°-III°" betitelt wurden, wurden in der vorliegenden Arbeit als die jeweils geringere Form des Dammrisses ausgewertet.

### **Kindliche Komplikationen**

An kindlichen Komplikationen im Rahmen der Geburt konnten allgemeine Angaben lediglich zu folgenden Parametern gemacht werden:

- Asphyxie
- Frühgeburtlichkeit
- Fehlbildungen<sup>58</sup>
- kindliche Sterbefälle

---

<sup>58</sup> In den Lebensbornstatistiken als "Missbildungen" aufgeführt(u.a. 62,135).

Ergänzende bzw. ausführlichere Angaben können zusätzlich für das Heim Harz in Bezug auf die folgenden Komplikationen gemacht werden:

- Frühgeburtlichkeit
- Nabelschnurumschlingung
- Nabelschnurvorfall
- Verlegung ins Krankenhaus
- Neugeborenenkrämpfe
- auffälliger Fruchtwasserbefund

### **Kindliche Sterbefälle**

Die Lebensbornstatistiken unterteilten die kindlichen Sterbefälle in folgende Kategorien:

- Totgeburten
- Frühsterblichkeit
- Nachsterblichkeit
- Sterblichkeit von Kindern über einem Jahr alt

Außerdem wurden die kindlichen Sterbefälle aus dem Geburtenbuch des Heimes Harz ausgezählt. Es konnte eine jährliche Aufstellung der Todesfälle erfolgen unterteilt in:

- Totgeburten
- postnatal verstorben, davon
  - davon in 1. Lebenswoche (LW)
  - davon > 1. Lebenswoche (LW)

### **Viertes Kapitel: Geburtshilfliche Maßnahmen**

Im vierten und letzten Kapitel erfolgt die Darstellung der ärztlichen Interventionen im Rahmen der zeitgenössischen Geburtshilfe. Eine Analyse der gesamten Lebensbornarbeit konnte für den Zeitraum bis Ende 1940 erfolgen sowie anhand der Vierteljahresstatistiken für das erste Quartal 1940 und das erste bis dritte Quartal 1941(131–134). Zusätzlich konnte eine heimspezifische Analyse für die Heime Pommern (1938 bis Ende 1942)(135) und Harz (1938 bis 1945)(62,123,124) erfolgen. Die Häufigkeit an Eingriffen, dargestellt in den Vierteljahresstatistiken, wurde auf die dort genannten "Geburten" berechnet. Für die Datenauswertung der Jahresberichte über die Lebensbornarbeit sowie der Gesamtauswertung der Heime Pommern und

Harz wurden die Raten an geburtshilflichen Maßnahmen auf die geborenen Kinder bezogen.

Folgende geburtshilfliche Maßnahmen wurden dabei untersucht:

- Zangenentbindungen
- Wendungen
- (ganze) Extraktionen
- Sectiones caesareae
- manuelle Plazentalösungen
- zerstückelnde Operationen
- "operative Geburten"
- Episiotomien

## 2.3 Vergleichende Statistik

Zusätzlich erfolgte die Evaluation der erhobenen Daten auf die Möglichkeit zu statistischen Untersuchungen auf signifikante Unterschiede zwischen Lebensborndaten und Vergleichsdaten großer deutscher Geburtskliniken der damaligen Zeit. Im abschließenden Kapitel der Ergebnisdarstellung konnten für folgende Untersuchungskriterien Testungen auf statistisch signifikante Unterschiede durchgeführt werden:

- Wochenbettfieber
- Thrombosen
- Frühgeburten
- Kindliche Sterberaten, davon
  - davon Frühsterblichkeit
  - davon Nachsterblichkeit
  - davon Totgeburtenrate
- manuelle Plazentalösungen

Unterschiede zwischen Lebensbornheimen und Kliniken wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Test bzw. dem exakten Test nach Fisher analysiert; Korrekturen für Mehrfachvergleiche wurden nicht vorgenommen. Alle Analysen wurden mit IBM® SPSS® Statistics Version 25 durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde  $p < 0,05$  festgelegt.

Eine umfangreichere statistische Auswertung der hier erhobenen Daten erschien nach wiederholter statistischer Beratung nicht möglich. Die statistische Auswertung der Daten sowie die statistische Beratung erfolgte durch Herrn Dr. rer. medic. Rolf Richter.

## **2.4 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im medizinhistorischen Kontext**

Für die Interpretation der Lebensbornergebnisse wurde ein Vergleich mit Daten aus dem Deutschen Reich der 1930er und 1940er Jahren vorgenommen. Die praktizierte Geburtshilfe in den Heimen sollte dabei in den Kontext der damaligen Standards und Ergebnisse der Geburtshilfe kritisch eingeordnet und anschließend bewertet werden. Hierfür wurden medizinische Publikationen und Statistiken aus gynäkologisch-geburtshilflichen Standardwerken der damaligen Zeit zurate gezogen.

Es wurde sowohl nach gesamtdeutschen Daten als auch nach krankenhaus-spezifischen Statistiken gesucht, um die gesamte Lebensbornarbeit als Summe der geburtshilflichen Arbeit mehrerer Heime sowie in Bezug auf einzelne Heime einzuordnen. Diese wurden über gängige Suchmaschinen und Bibliotheksportale gesucht und ausgewertet. Sammelstellen umfassten die archivierten Bestände des Archivs für Gynäkologie und Geburtshilfe und des Zentralblattes für Gynäkologie sowie zeitgenössische Literatur zur praktischen Geburtshilfe. Zudem konnten geburtshilfliche Daten einzelner Kliniken, die die Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus untersuchen, aus Dissertationen als geeignete Vergleichsgruppen herangezogen werden (Universitätsfrauenklinik (UFK) München(25) und Köln(26) sowie die Landesfrauenklinik Elberfeld(136)).

### 3. Darstellung der Ergebnisse

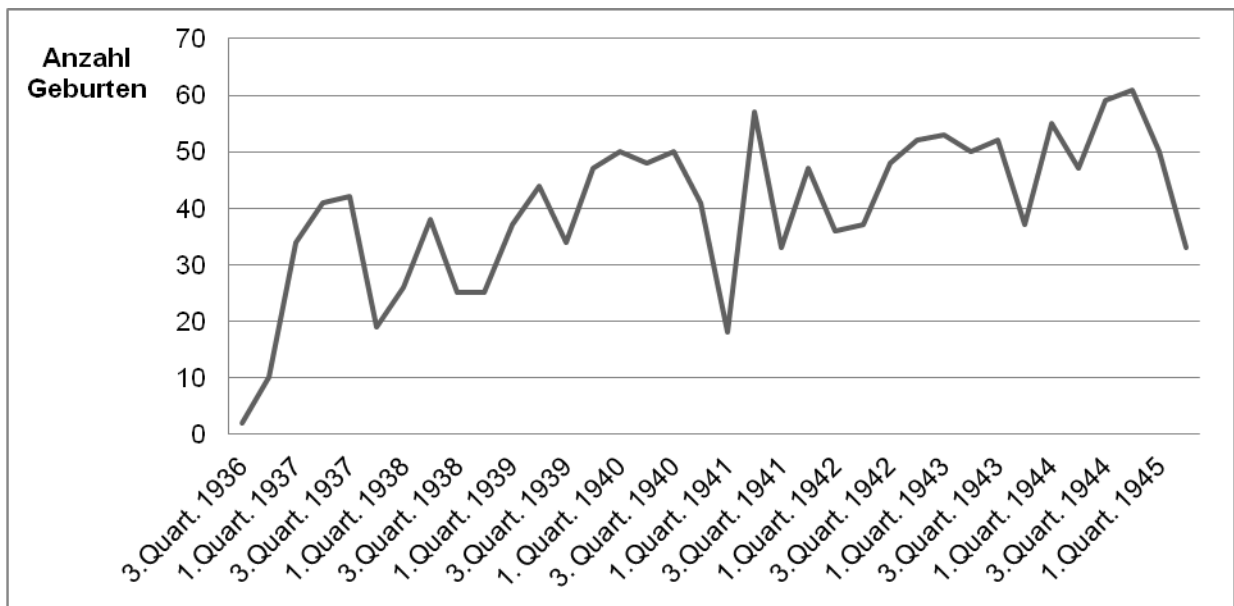
#### 3.1 Geburtenzahl in den Lebensbornheimen von September 1936 bis zum Kriegsende im Mai 1945

In den Lebensbornstatistiken wurde zur Auswertung der geburtshilflichen Arbeit zumeist die Anzahl der geborenen Kinder angegeben, die mit den stattgefundenen Geburten in den Heimen gleichgesetzt wurden. Dies bedeutet, dass bei dieser Darstellung keine Mehrlingsgeburten berücksichtigt wurden. Es kann angenommen werden, dass in den Heimen an Mehrlingsgeburten maximal Zwillingsgeburten stattfanden, da weder in ärztlichen Berichten noch in Geburtenstatistiken eine Drillingsgeburt aufgeführt wurde, wohl aber die Anzahl an Zwillingsgeburten. In den Heimen des Lebensborn lag allerdings die durchschnittliche Rate an Zwillingsgeburten insgesamt unter 1,1%. Im Jahresabschlussbericht vom 31.12.1939(137) kamen auf 1360 Entbindungen elf Zwillingsgeburten (0,81%), bis zum 31.12.1940 bekamen von 2388 Frauen 20 Zwillinge (0,84%)(65) und bis zum 01.04.1942 waren bei 3487 Entbindungen 3521 Kinder geboren worden (0,98%)(138). In der Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über fünf Monate vom 01. November 1941 bis 31. März 1942 wurde der Anteil an Mehrlingsgeburten mit 0,3%(139) angegeben, zwei weitere Monate später über sieben Monate mit 0,2%(140). Die Häufigkeit an Zwillingsgeburten in einzelnen Heimen konnte lediglich für die Heime Pommern, Schwarzwald und Harz angegeben werden: Pommern (nur bis 31.12.1942) 1,1%(135), Schwarzwald 0,42%(104) und Harz 0,83%(62). Aufgrund der geringen Häufigkeit wird in der vorliegenden Analyse die Anzahl der geborenen Kinder mit der Anzahl der Geburten gleichgesetzt, so wie es beim Großteil der Lebensbornstatistiken praktiziert worden ist. Wenn es im speziellen Fall erforderlich ist, wird zwischen "Entbindungen" und "Geborenen" unterschieden.

Monatliche Einzelstatistiken liegen nur für wenige Heime in Form von überlieferten bzw. weitergeführten Geburtenbüchern in der jeweiligen Gemeinde vor. Diese Statistiken sind beispielhaft für das Heim Hochland aus den Personenstandsbüchern des Standesamtes II Steinhöring<sup>59</sup> in Abbildung 5 dargestellt. Zur besseren Anschaulichkeit der Daten wurden die monatlichen Geburtenzahlen in Quartale für die Jahre 1936 bis 1945 zusammengefasst.

---

<sup>59</sup> Auszählungen erhalten per Email von Frau Windstetter, Standesamt Steinhöring, am 03.01.2017.



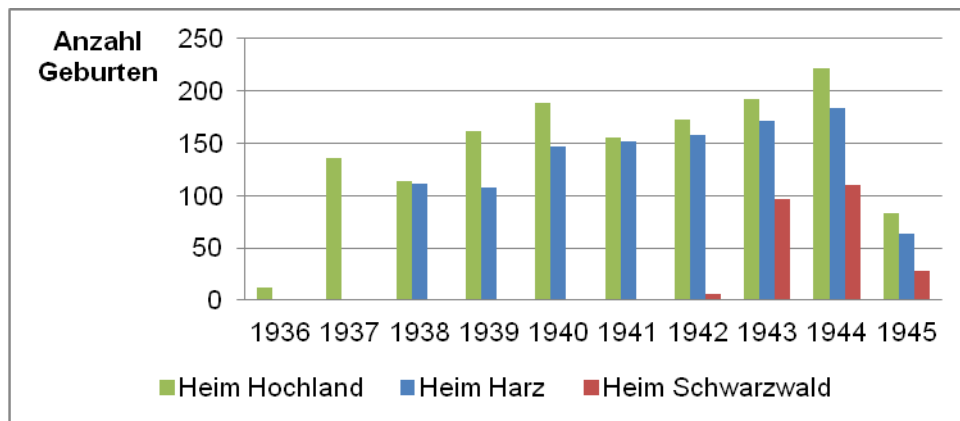
**Abbildung 5: Geburtenanzahl des Heimes Hochland pro Quartal im Zeitraum vom September 1936 bis Mai 1945**

Von Eröffnung im September 1936 bis zum Jahresende 1944 kann ein Anstieg der Geburtenzahl beobachtet werden. Im Jahr 1937 betrug die durchschnittliche Geburtenanzahl im Heim Hochland pro Quartal 34, im Jahr 1940 47,25 und im Jahr 1944 55,5. Das heißt, im Jahr 1937 kam es durchschnittlich nur ca. alle zweieinhalb Tage (2,65 Tage) zu einer Geburt,<sup>60</sup> während im Jahr 1944 ca. alle eineinhalb Tage (1,62 Tage) eine Entbindung stattfand. Deutliche Geburtenrückgänge sind im letzten Quartal 1937 und in der zweiten Hälfte von 1938 zu beobachten, ebenso wie ein starker Abfall im ersten Quartal 1941 auf lediglich 18 Geburten (entspricht einer Geburtenfrequenz von einer Geburt alle fünf Tage). Im Jahr 1938 fanden pro Quartal demnach lediglich 28,5 Geburten statt, d.h. nur ca. alle drei Tage (3,15 Tage), im Jahr 1941 betrug die durchschnittliche Geburtenanzahl pro Quartal 38,75.<sup>61</sup>

Außerdem konnten vollständige, jährliche Geburtenzahlen für das Heim Schwarzwald aus den Geburtenbüchern des Standesamtes II Nordrach(104) sowie für das Heim Harz aus dem Geburtenbuch im Stadtarchiv Wernigerode(62) erhoben werden, die in Abbildung 6 dargestellt sind.

<sup>60</sup> Berechnet mit einer durchschnittlichen Quartaldauer von 90 Tagen.

<sup>61</sup> Nach Auszählungen des Standesamtes Steinhöring, s. Anm. 49.



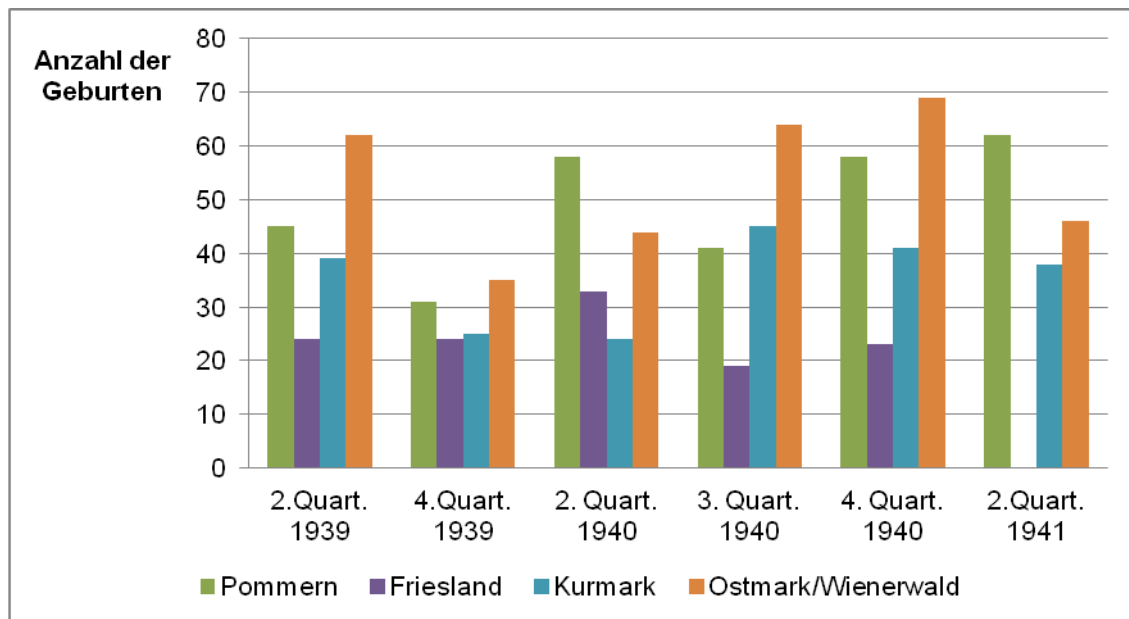
**Abbildung 6: Geburtenzahlen pro Jahr in den Heimen Hochland, Harz und Schwarzwald zwischen 1936 und 1945**

Im Heim Harz nahm die Anzahl der Geburten von 1939 bis 1944 kontinuierlich zu. Während im Jahr 1938 noch durchschnittlich lediglich 28 Entbindungen pro Quartal stattfanden, waren es im Jahr 1941 bereits 38 und im Jahr 1944 46 Entbindungen<sup>(62)</sup>. Das Heim Schwarzwald, das nur von November 1942 bis zum Kriegsende im Mai 1945 in Betrieb war, verzeichnete zunächst einen Anstieg der Geburten vor allem über das Jahr 1943 bis ins Jahr 1944. Im Verlauf des Jahres 1944 bis zum Mai 1945 nahmen die Geburten jedoch wieder ab. Das Absinken der Geburtenzahlen der dargestellten Heime 1945 war bedingt durch das Kriegsende im Mai 1945, da die Erfassung der Geburten Anfang Mai endete.

Angaben über die Geburtenzahlen der anderen Heime lieferten monatliche Auswertungen vom April 1939 bis November 1941 aus der Abteilung für Statistik des Lebensborn<sup>(121,122)</sup>. Da zu einzelnen Monaten in diesem Zeitraum die Statistiken fehlen (Juli 1939, Januar 1940, Januar 1941, Juli 1941, Dezember 1941), konnten nur Geburtenangaben für das zweite und vierte Quartal 1939, für die Quartale zwei bis vier von 1940 sowie für das zweite Quartal 1941 erhoben werden.

Abbildung 7 stellt für die oben genannten Quartale die Anzahl der geborenen Kinder der Entbindungsheime Friesland, Pommern, Kurmark und Ostmark/Wienerwald dar, wobei das Heim Friesland im Januar 1941 aufgrund vermehrter Fliegerangriffe der Alliierten auf Bremen und Umgebung geschlossen wurde und die Frauen und Kinder in das Heim Hochland evakuiert wurden.<sup>62</sup>

<sup>62</sup> Auskunft über Emailkontakt mit Herrn Liebig, Hohehorst Archiv, am 29.09.2016.



**Abbildung 7: Geburtenanzahl der Heime Pommern, Friesland, Kurmark und Ostmark/Wienerwald pro Quartal im Zeitraum vom April 1939 bis Juni 1941(121)**

Ein deutlicher Geburtenrückgang ist im vierten Quartal 1939 bei nahezu allen dargestellten Heimen zu erkennen, mit Ausnahme vom Heim Friesland. Im Jahr 1940 kam es jedoch wieder zu einem Anstieg der Geburten, vor allem Heim Ostmark/Wienerwald über das gesamte Jahr und im Heim Pommern in der zweiten Hälfte 1940. In der Summe dieser vier Heime stellte sich das vierte Quartal 1940 als geburtenstärkstes Quartal mit 191 Geburten dar, im Gegensatz zum geburtenärmsten Quartal (viertes Quartal 1939) mit 115 Geburten.

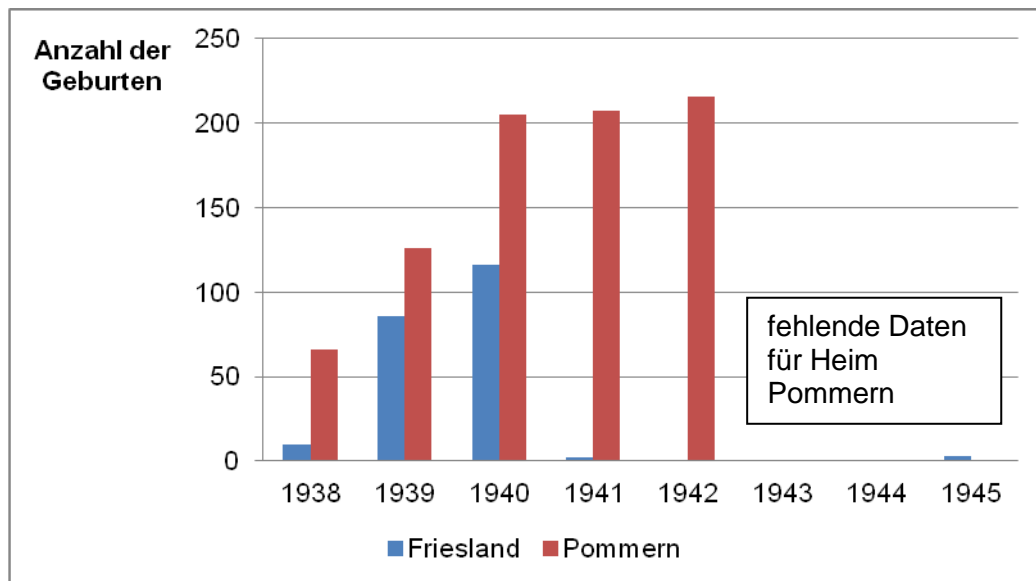
Auffallend sind auch die vergleichsweise niedrigen Geburtenzahlen im Heim Kurmark im vierten Quartal 1939 sowie dem zweiten Quartal 1940 (jeweils unter 30 Geburten). Anhand der oben genannten Quartal- und Monatsstatistiken konnte für das Heim Kurmark im Jahr 1940 eine durchschnittliche Zahl von 41 Geburten pro Quartal errechnet werden.

Für die Geburten im Heim Friesland wurden die Geburtenbücher im Standesamt Schwanewede ausgezählt (ohne Angabe von Zwillingsgeburten).<sup>63</sup> Dort stieg seit der Eröffnung im Mai 1938 die Anzahl der Geburten. Bis zum Jahresende 1938 kamen 10 Kinder auf die Welt, im Jahr 1939 bereits 86 und 1940 116 Kinder. Zwei Geburten wurden noch im Januar 1941 verzeichnet, bis das Heim geräumt wurde. Nach der Wiedereröffnung Ende 1944 fanden drei weitere Geburten im Heim Friesland statt.

<sup>63</sup> Auskunft über EMailkontakt mit Frau von Rahden, Standesamt Schwanewede, am 04.01.2017.



Ein vergleichbarer Anstieg der Geburtenzahlen ließ sich anhand einer Statistik über das Heim Pommern über den Zeitraum von 1938 bis 1942 belegen(135). Demnach fanden 1939 126 Entbindungen statt, pro Quartal also durchschnittlich 31,5, 1942 hingegen schon 216 Entbindungen, pro Quartal durchschnittlich 54. Für die Jahre 1943 bis 1945 liegen keine weiteren Geburtenzahlen für das Heim Pommern vor. Die Geburtenzahlen im Verlauf stellen sich in der Abbildung 8 wie folgt dar:



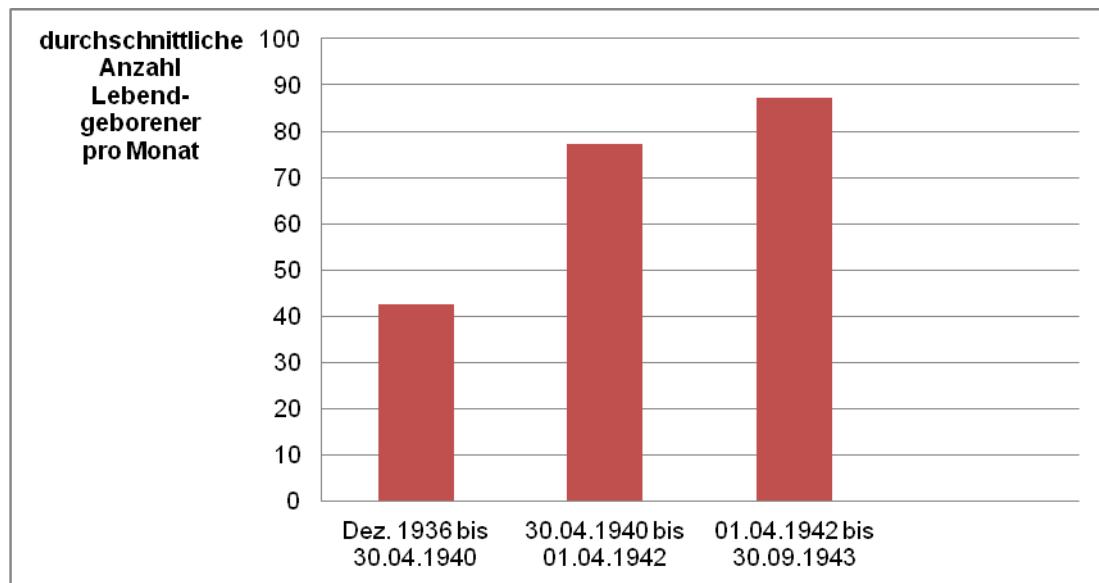
**Abbildung 8: Geburtenanzahl der Heime Friesland und Pommern pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945**

Für die Heime Kurmark und Ostmark/Wienerwald waren neben den oben genannten keine weiteren Daten zu erheben.

Für das Jahr 1942 existiert eine Gesamtaufstellung von 950 Geburten in den zu dieser Zeit insgesamt sechs aktiven Lebensbornheimen(141).<sup>64</sup> Als Vergleich konnte für das Jahr 1940 aus der Differenz zweier ärztlicher Jahresberichte vom 31.12.1939(137) und 31.12.1940(65) eine Gesamtzahl von 1037 Geborenen berechnet werden. Allerdings fiel, wie bereits erwähnt, seit Januar 1941 das Heim Friesland aus. Das Heim Schwarzwald war erst im November 1942 eröffnet worden und hatte bis Jahresende nur sechs Geburten zu verzeichnen, sodass die verminderte Anzahl der Geburten eher auf den Ausfall eines Heimes als auf eine allgemein rückläufige Geburtenanzahl zurückzuführen war.

<sup>64</sup> Heime Hochland, Harz, Pommern, Ostmark/Wienerwald, Kurmark und Schwarzwald.

Um einen Überblick über die Lebensbornarbeit im Verlauf zu erhalten, konnten Geburtsstatistiken(127,138,142)<sup>65</sup> herangezogen werden, die eine Berechnung der monatlichen Geburtenanzahl im Verlauf zwischen 1936 bis September 1943 ermöglichen (Abb. 9).



**Abbildung 9: durchschnittliche Anzahl der Lebendgeborenen pro Monat in den Lebensbornheimen in verschiedenen Zeitintervallen zwischen Dezember 1936 und 1943**

Die monatlichen Geburten nahmen dabei über die Jahre stetig zu, sogar bzw. eher vor allem nach Ausbruch des Krieges. Trotz Schließung des Heimes Friesland zum Jahresbeginn 1941 verdoppelte sich die Anzahl der monatlichen beinahe zwischen Mai 1940 und März 1942 auf gut 77 Geburten monatlich. In den darauffolgenden 18 Monaten stieg die Anzahl sogar noch einmal um ca. 13% auf gut 87 Geburten pro Monat an.

Für die folgende Datenauswertung der geburtshilflichen Arbeit des Lebensborn wurde an dieser Stelle eine ungefähre Gesamtzahl an geborenen Kindern errechnet. Nach Auswertung der Geburtenbücher von den Heimen Hochland, Harz, Friesland und Schwarzwald sind dort von 1936 bis 1945 insgesamt 2995 Kinder geboren worden.<sup>66</sup> Hinzu kommen 829 Kinder, die von 1938 bis zum Jahresende 1942 im Heim Pommern

<sup>65</sup> Letztgenannte Lebensbornstatistik stellt nur die Lebendgeborenen dar, weshalb bei den für diese Darstellung hinzugezogenen Verlaufsdaten der Anteil der Totgeburten abgezogen wurde.

<sup>66</sup> Für das Heim Hochland wurden 1438 Geburten, für das Heim Harz 1100, für Friesland 217 und für das Heim Schwarzwald insgesamt 240 Geburten(104) dokumentiert.

geboren wurden. Die Rate an Zwillingsgeburten betrug 1,1% ( $n=9$ )(135). Durchschnittlich wurden dort pro Jahr (abzüglich des Eröffnungsjahres 1938 mit nur 66 Geburten) 188,5<sup>67</sup> Frauen entbunden. Für eine Hochrechnung an Gesamtgeburten wurden für die Jahre 1943 und 1944 je 188 Entbindungen hinzugerechnet sowie eine Zwillingsgeburtenrate von 1,1% ( $n= 4$  Zwillingsgeburten für 1943 und 1944). Demnach kamen im Heim Pommern bis Jahresende 1944 mindestens 1209 Kinder auf die Welt. Zum Kriegsende hin wurde das Heim Pommern evakuiert. Die Frauen, Kinder und Lebensbornangestellten wurden teilweise in das Heim Taunus und Heim Hochland gebracht(128). Deshalb wurden spekulative Geburtenangaben aus dem Jahr 1945 im Heim Pommern nicht hinzugerechnet.

Im Heim Taunus wurden für den Zeitraum von 1943 bis 1945 laut Bembek nach der Wiedereröffnung als Entbindungsheim noch 468 Geburten nachträglich beurkundet(128). Diese Angabe konnte jedoch nicht überprüft werden, wurde für die Hochrechnung jedoch übernommen.

Mithilfe der Monatsstatistiken von April 1939 bis November 1941(121,122) konnte für das Heim Kurmark eine monatliche Geburtenzahl von durchschnittlich 13,79 Geburten ermittelt werden, somit 165,48 Geburten pro Jahr.<sup>68</sup> Als Bestätigung wurde die Jahresstatistik von 1942(141) herangezogen, die für das Heim Kurmark 168 Geburten angab.

Für das Heim Ostmark/Wienerwald ergaben sich auf dieselbe Weise durchschnittlich 17,14 Geburten im Monat, das heißt 205,68 im Jahr. Nach der Jahresstatistik des Lebensborn fanden im Jahr 1942 234 Geburten im Heim Ostmark/Wienerwald statt. Da auch bei diesen Heimen die Zeitpunkte der Evakuierung und letzten Entbindungen nicht endgültig belegt werden konnten, wurden in diese Hochrechnung nur vollständige Kalenderjahre einbezogen, in denen das Heim geöffnet war: Kurmark von 1938 bis 1944 und Ostmark/Wienerwald von 1939 bis 1944. Für das Jahr 1942 wurde jeweils die in der Lebensbornstatistik aufgeführte Geburtenzahl verwendet. Daraus ergeben sich mindestens 1158 Geburten für Heim Kurmark und mindestens 1259 Geburten für das Heim Ostmark/Wienerwald.

---

<sup>67</sup> Da es sich um Geburten handelt, wird im Verlauf der Rechnung nur mit abgerundeten, ganzen Zahlen gerechnet.

<sup>68</sup> s. Anm. 67.

In der Gesamtheit stellt sich damit unter Einschluss der acht Entbindungsheime im "Großdeutschen Reich" von 1936 bis 1945 eine Mindestanzahl von 7089 geborenen Kindern dar.

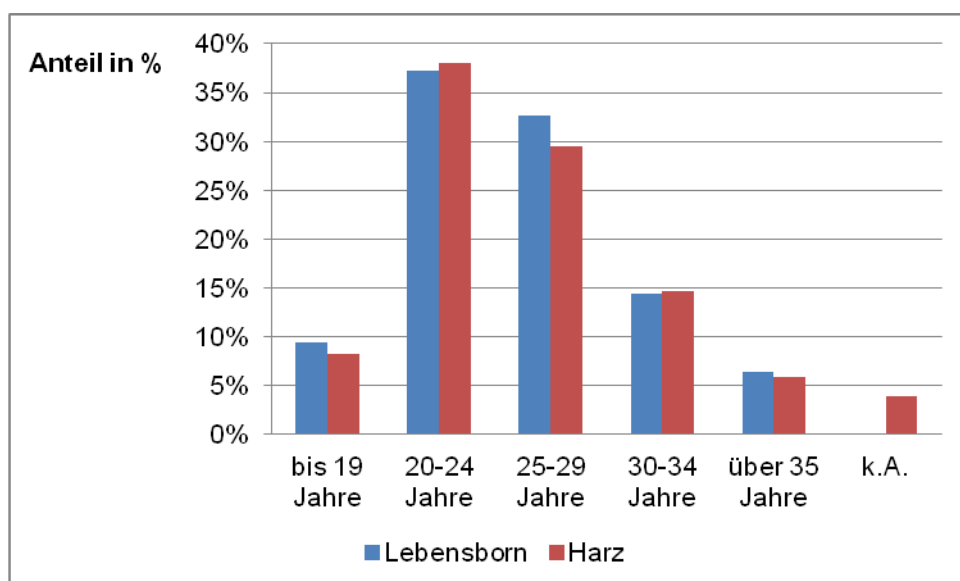
### 3.2 Angaben zu den Geburten

#### 3.2.1 Mütterliche Daten: Alter, Parität, Ehestatus, Beruf, Kategorie Fragebogen RF-SS

##### Alter der Schwangeren

Von November 1941 bis Mai 1942 lag das Durchschnittsalter der Mütter bei 25,6 Jahren, fast 70% der Mütter waren zwischen 20 und 29 Jahre alt, knapp 10% waren 19 Jahre und jünger und lediglich 6,4% waren 35 Jahre und älter(143). Der Gesamtdurchschnitt im Jahr 1942 lag laut Ausführungen zur Statistik des Heimes Pommern bis Jahresende 1942 ebenfalls bei 25,6 Jahren, während das Durchschnittsalter der Lebensbornmütter im Jahr 1937 noch 22,4 Jahre betragen hatte(144).

Aufgegliedert in Altersgruppen nahmen die 20- bis 24-Jährigen den größten Anteil ein (37,2%), die 25- bis 29-Jährigen den zweitgrößten (32,6%). Eine graphische Verteilung für alle Altersgruppen der Lebensbornmütter in diesem siebenmonatigen Intervall ist in Abbildung 10 dargestellt (blaue Balken).



**Abbildung 10: Alter der Lebensbornmütter im Zeitraum vom November 1941 bis Mai 1942 sowie im Heim Harz von 1938 bis Mai 1945**

0,6% der Lebensbornmütter waren 16 Jahre und jünger, während 0,4% über 40 Jahre alt waren. Den Hauptanteil der 20- bis 24-Jährigen trugen die 21-jährigen Mütter mit 12,6%.

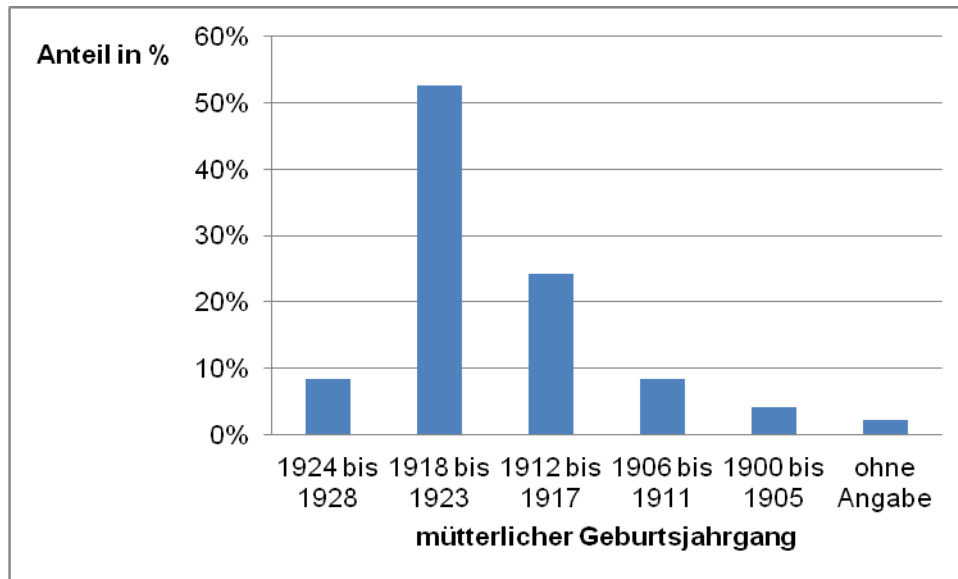
Für das Heim Harz konnte für den Zeitraum von 1938 bis Mai 1945 eine ähnliche Altersverteilung festgestellt werden (Abbildung 10, rote Balken)(62). Von 1087 Lebensbornmüttern fehlt allerdings bei 42 eine Altersangabe. Für die erfassten Daten stellte sich die Verteilung parallel zu der im Lebensbornschnitt dar mit dem höchsten Anteil an Lebensbornmüttern zwischen 20 und 29 Jahren.

Für das Heim Pommern liegt ein Bogen mit ärztlichen Anmerkungen des Heimarztes Dr. Düker zur Heimstatistik bis zum 31.12.1942 vor(144), der Aufschlüsse über den Anteil an über 30-jährigen Erstgebärenden lieferte. In der zeitgenössischen Literatur existierte die Bezeichnung „alte Erstgebärende“, die jedoch nicht immer einheitlich war und je nach Quelle Frauen ab 30 Jahren oder ab 35 Jahren einschloss(1). Mancherorts wurde zur Verdeutlichung zwischen „alten“ (über 35 Jahre) und „älteren Erstgebärenden“ (über 30 Jahre) unterschieden(145). Im Heim Pommern bildeten allein die über 30-jährigen Erstgebärenden einen Anteil von 21%(135),<sup>69</sup> während im Lebensbornschnitt der Anteil an 30-jährigen und älteren Müttern insgesamt, also Erst- und Mehrgebärende, bei 20,8% lag(143). Ein Vergleich mit Daten des Heimes Harz bestätigte ebenfalls, dass das Heim Pommern einen überdurchschnittlich hohen Anteil an alten Erstgebärenden aufwies. Im Heim Harz machten die über 30-jährigen Erstgebärenden demgegenüber nur 14,9% aller Erstgebärenden und 11,78% aller Frauen aus. Das Risiko für Komplikationen unter der Geburt bei Erstgebärenden stieg mit zunehmendem Alter an und hat sich auf die geburtshilfliche Arbeit und die Ergebnisse ausgewirkt, wie bei der Betrachtung der geburtshilflichen Maßnahmen gezeigt werden kann (vgl. Kapitel 4.4).

In ihrer Auswertung der Geburtenbücher des Heimes Schwarzwald fasste Neumaier die Altersgruppen der Lebensbornmütter nach Geburtsjahrgängen zusammen(104), wodurch sich die Altersgruppen im Verlauf von 1942 bis 1945 verschoben. Deshalb erfolgte die Auswertung in einer separaten Darstellung (Abbildung 11).

---

<sup>69</sup> In dieser Angabe sind ausdrücklich nur die Erstgebärenden einberechnet; es dürften also noch mehr über 30-Jährige im Heim ihr zweites, drittes, etc. Kind geboren haben.

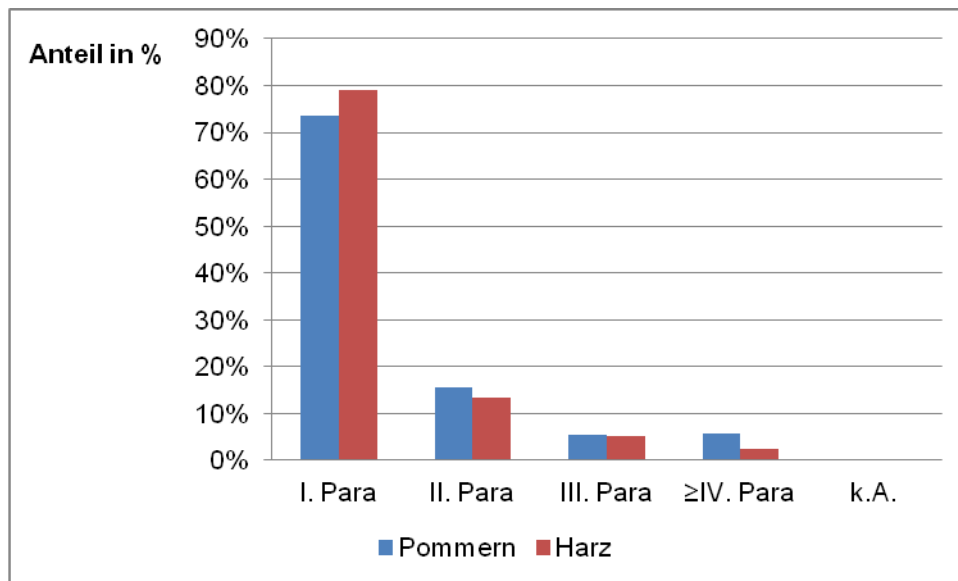


**Abbildung 11: Geburtsjahrgänge der Mütter im Heim Schwarzwald  
von November 1942 bis Mai 1945**

Die Mütter der Geburtsjahrgänge 1918 bis 1923 stellten hierbei mehr als die Hälfte der entbundenen Mütter im Heim Schwarzwald dar. Allerdings muss auf den Umstand hingewiesen werden, dass durch die Einteilung der Mütter nach Geburtsjahrgängen im zeitlichen Verlauf unterschiedliche Altersgruppen repräsentiert wurden. Während im Jahr 1942 die 19- bis 24-jährigen Mütter die meist vertretene Altersgruppe war, waren es im Jahr 1945 22- bis 27-Jährige, die den Hauptanteil der Lebensbornmütter in diesem Heim ausmachen.

### **Paritätsstatus**

Angaben zur Parität der Lebensbornmütter für die Heime Pommern und Harz konnten vergleichend den Daten in den Lebensbornheimen insgesamt im bereits erwähnten siebenmonatigen Zeitraum von November 1941 bis Mai 1942 gegenübergestellt werden(146). Für das Heim Harz liegen Angaben zur Parität der Mütter von 1938 bis Mai 1945 vor, lediglich bei vier Frauen (0,37%) fehlen die Angaben(62). Anhand der Pommernstatistik vom 31.12.1942(135) konnte eine Aufstellung für den Zeitraum von 1938 bis 1942 erfolgen. Abbildung 12 stellt die für den jeweiligen Zeitraum prozentualen Angaben zur Parität der entbundenen Mütter dar.

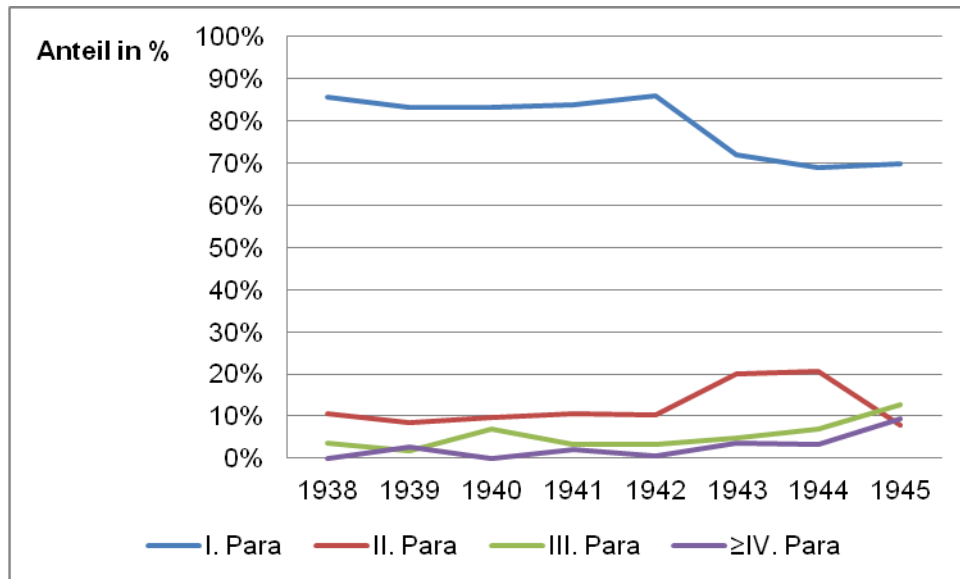


**Abbildung 12: Paritätsstatus der Lebensbornmütter im Heim Pommern (1938 bis 1942) und Heim Harz (1938 bis 1945)**

Bei weitem die Mehrheit der Frauen, die in den Lebensbornheimen aufgenommen wurden, bekamen ihr erstes Kind: im Heim Pommern bis zum Jahresende 1942 73,54% und im Heim Harz bis zum Kriegsende 79,02% der Frauen. Dies deckt sich auch mit den Angaben aus der Lebensbornstatistik zwischen 1941 und 1942, in der die Erstgebärenden einen Anteil von 85,9% ausmachten(146).<sup>70</sup>

Anhand der jährlichen Geburtenaufstellung im Geburtenbuch des Heimes Harz konnte der Paritätsstatus im Verlauf untersucht werden (Abbildung 13)(62).

<sup>70</sup> Auf eine gemeinsame Darstellung der Lebensbornwerte neben den Heimstatistiken wurde aufgrund des wesentlich kleineren Beobachtungszeitraumes bewusst verzichtet.



**Abbildung 13: Paritätsstatus der Mütter im Heim Harz pro Jahr  
im Zeitraum zwischen 1938 bis 1945**

In den Jahren 1938 bis 1942 machten die Erstgebärenden vergleichsweise konstant einen Anteil von über 83% aller aufgenommenen Frauen aus. Ab dem Jahr 1943 sank der Anteil um mehr als 10%, in den Jahren 1944 und 1945 sogar unter 70%. Vor allem der Anteil der Zweitgebärenden nahm ab 1943 um ca. 10% zu. Das Absinken der Rate im Jahr 1945 war dabei eher auf die insgesamt geringe Anzahl an Geburten bis Mai 1945 zurückzuführen.

Aus der Statistik über das Heim Pommern(135) konnte zusätzlich entnommen werden, dass 39 der insgesamt 820 Mütter, also 4,76%, zum zweiten Mal und drei Mütter (0,37%) zum dritten Mal in diesem Lebensbornheim geboren haben. Interessante Ergebnisse zeigten sich bei der gemeinsamen Betrachtung von Parität und Ehestatus. Unter den 603 Erstgebärenden im Heim Pommern waren 438 Frauen ledig (80,1%), von den 127 Zweitgebärenden betrug der Anteil an ledigen Frauen nur noch 32,28% (n=41). Unter den Dritt- und Mehrgebärenden waren gar keine ledigen Frauen. Vergleichend dazu konnten die Angaben aus dem Geburtenbuch des Heimes Harz herangezogen werden. Dort waren von den insgesamt 859 Erstgebärenden 65,19% (n=560) Frauen ledig und nur 30,27% verheiratet. Bei den Zweitgebärenden kehrte sich dieses Verhältnis bereits um mit nur noch 26,39% ledigen und 63,89% verheirateten Frauen, unter den Drittgebärenden waren nur noch zwei Frauen ledig(3,64%)(62).

Fünfmal bekamen im Heim Pommern Frauen ihr sechstes, dreimal ihr siebtes Kind(135). Im Heim Harz wurde im zweiten Quartal 1939 eine Frau von ihrem achten



Kind, kurz vor Kriegsende eine Frau sogar von ihrem 13. Kind entbunden(62). Der Anteil von Dritt- und Mehrgebärenden betrug im Heim Harz insgesamt nur 7,73%(62), im Heim Pommern bis 1942 10,98%(135) und im Lebensborndurchschnitt über sieben Monate lediglich 4,9%(146).

### **Ehestatus**

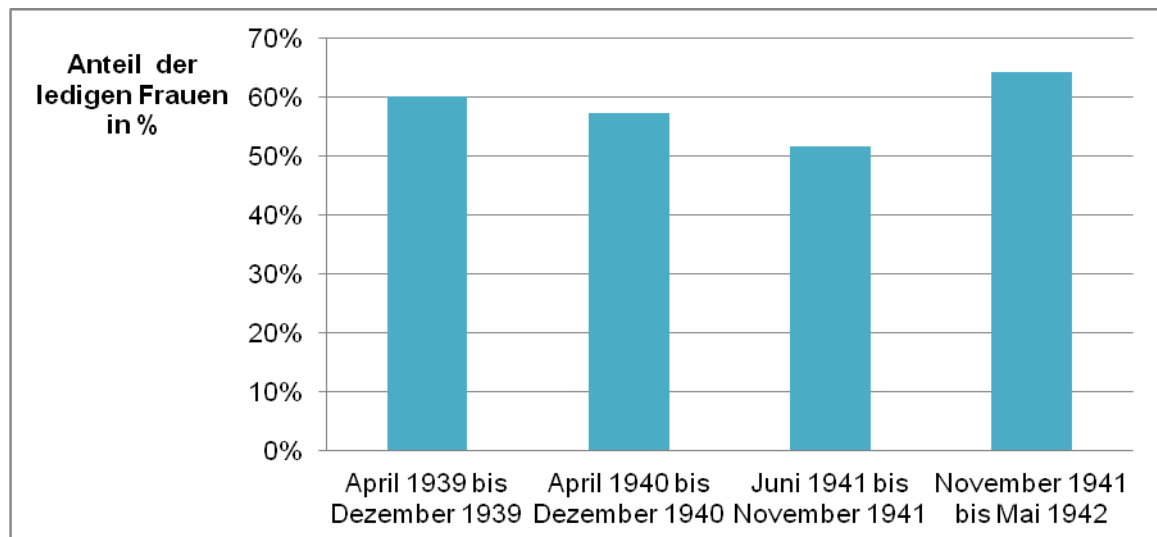
Gerade vor dem Hintergrund der Aufgaben und Ziele des Lebensborn zum Schutz der ledigen Mutter einerseits und zur Aufnahme und Pflege von SS-Bräuten und Witwen gefallener SS-Soldaten andererseits lohnt sich eine Analyse des Familienstandes der aufgenommenen Mütter im zeitlichen Verlauf. Nicht nur in Gesamt- bzw. heimspezifischen Geburtenstatistiken wurde der Ehestatus der Lebensbornmütter aufgeführt. Auch in Statistiken zur Belegstärke der Heime im Verlauf der Lebensbornaktivität wurde zwischen "ehelichen" und "unehelichen"(100) Müttern unterschieden. Zum 28.10.1939 wurde eine Statistik zur Belegstärke der bis dahin eröffneten sechs Entbindungsheime aufgestellt, die den Ehestatus über die derzeit im Heim befindlichen Frauen aufzeigt(100). Mit Ausnahme des Heimes Ostmark/Wienerwald (60% verheiratete Frauen) handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle um ledige Frauen, von 84,62% im Heim Harz zu 71,43% im Heim Kurmark. Insgesamt waren von den 168 Frauen 70,24% unverheiratet.

In der Lebensbornstatistik vom 31.12.1939 wurde bei den bis dahin insgesamt 1445 aufgenommenen Frauen der Anteil an außerehelichen Frauen mit 57,58% (n=832) angegeben(147). Von diesen 832 Frauen heirateten laut Statistik 61 Frauen (7,33%) "durch Vermittlung des 'Lebensborn' e.V."(148)<sup>71</sup> vor der Entbindung.

Anhand der Monatsstatistiken konnte für die Jahre 1939 und 1940 über einen Zeitraum von jeweils neun Monaten (April bis Dezember) und für das Jahr 1941 über sechs Monate der Anteil an unverheirateten Frauen wiedergegeben werden (Abbildung 14)(121,122). Es lässt sich bis 1941 ein leichter Rückgang des Anteils unverheirateter Frauen erkennen, die in die Heime des Lebensborn aufgenommen wurden. Allerdings machten diese immer noch mehr als die Hälfte der Heimaufnahmen aus. In der zusammenfassenden Statistik über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942)(140) betrug der Anteil an ledigen Frauen über 60%.

---

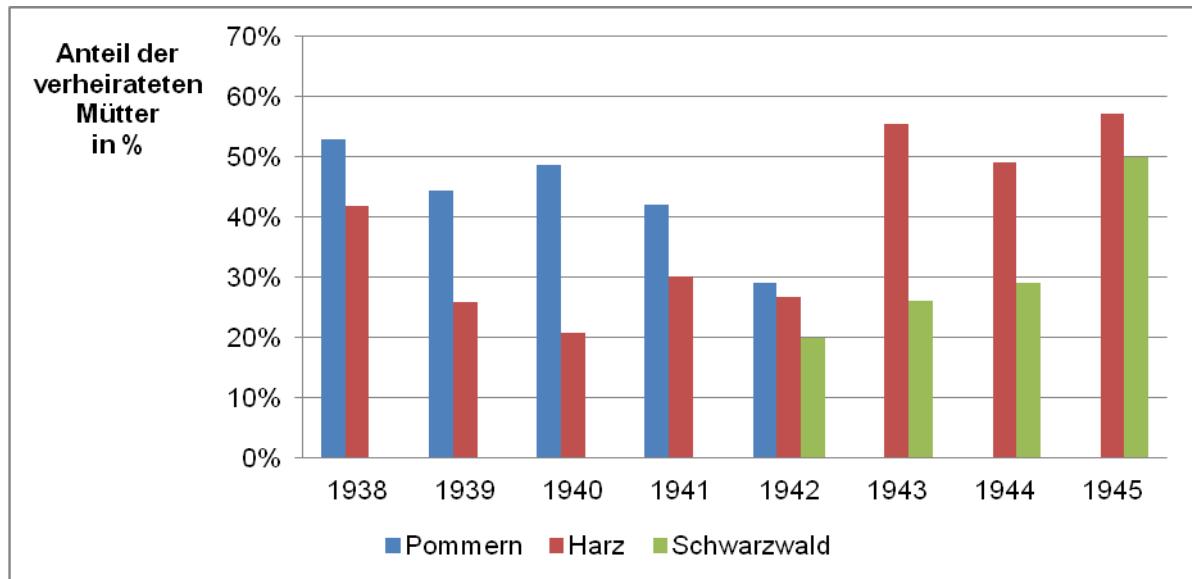
<sup>71</sup> Es konnte dabei nicht spezifiziert werden, ob es sich um Eheschließungen mit dem Kindsvater handelte oder nicht.



**Abbildung 14: Anteil der ledigen Frauen unter den Aufnahmen in die Lebensbornheime im Zeitraum von 1939 bis 1942**

Laut der zuletzt genannten Siebenmonatsstatistik wurden von insgesamt 1633 gestellten Anträgen auf Heimaufnahmen durchschnittlich 32,6% genehmigt, wovon 61,7% auf uneheliche Frauen fielen. Interessanterweise waren dabei 28,5% der ermittelten Kindsväter ebenfalls ledig, durchschnittlich 33,2% waren bereits verheiratet. 3% der unverheirateten Mütter, die aufgenommen wurden, heirateten im Verlauf den Kindsvater, davon 37,5% noch vor der Niederkunft, in den restlichen Fällen danach(140).

Um der Frage nachzugehen, ob sich im Verlauf des Krieges das Verhältnis der unverheirateten zu verheirateten Frauen in den Heimen zugunsten Letzterer veränderte, dienten die Statistiken der Heime Pommern, Harz und Schwarzwald. Dafür wurde in Abbildung 15 die Darstellung der Rate der verheirateten Mütter gewählt.



**Abbildung 15: Anteil der verheirateten Mütter in den Heimen Pommern (1938 bis 1942), Harz (1938 bis 1945) und Schwarzwald (1942 bis 1945)**

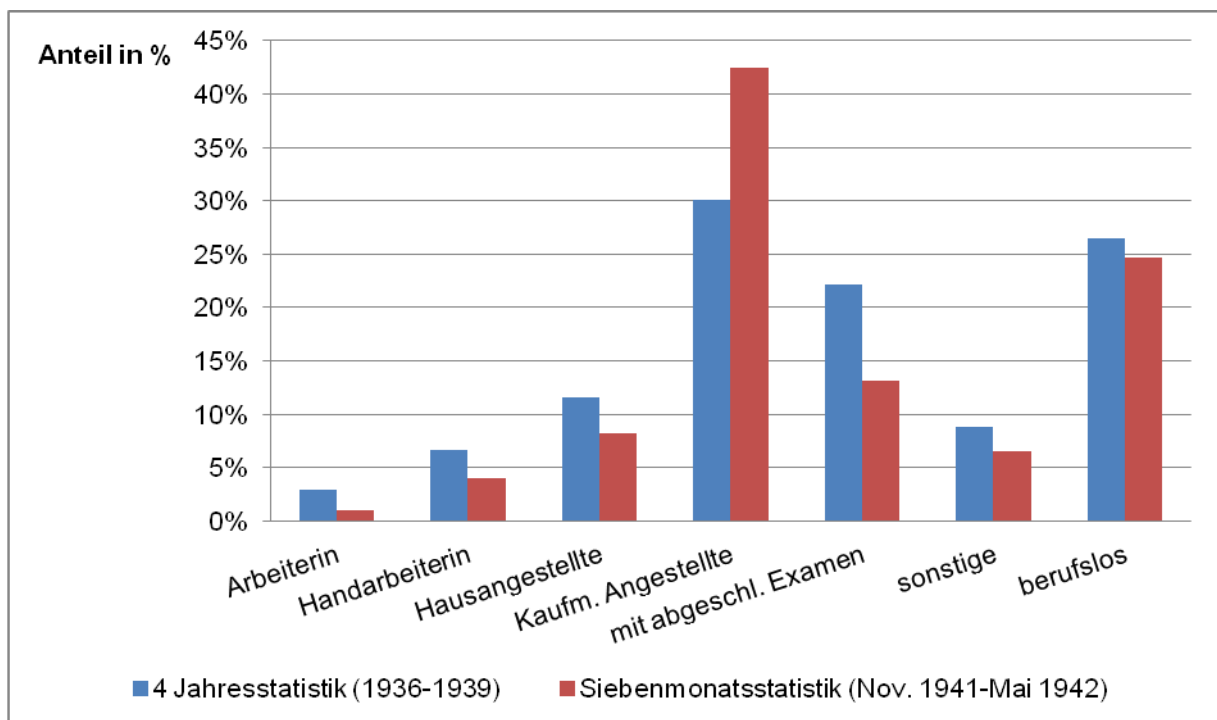
Anhand der Statistik des Heimes Pommern(135) lässt sich von 1938 bis 1942 eine abnehmende Rate an verheirateten Frauen beobachten. Im Jahr 1942 betrug der Prozentsatz der ehelichen Frauen sogar unter 30%. Von den insgesamt 479 ledigen Müttern hatten bis Jahresende 1942 zusätzlich 78 Frauen (16,28%) geheiratet, 63 davon (13,15% der zunächst ledigen Frauen) den Vater des Kindes. In der Pommernstatistik wurden jedoch offensichtlich unter den Verheirateten auch Witwen und geschiedene Frauen zusammengefasst.<sup>72</sup> Im Heim Harz lässt sich ein ähnliches Absinken des Anteils ehelicher Frauen von 1938 bis 1942 beobachten(62). Bereits 1939 lag der Anteil unter 30%, stieg im Jahr 1941 auf knapp über 30% an, um dann 1942 wieder unter die 30% Grenze zu sinken. Im Jahr 1943 stieg der Anteil dagegen deutlich auf 55,56%, der sich nach einem Absinken im Jahr 1944 (49,18%) wiederholt (1945 mit 57,14%). Im Geburtenbuch des Heimes Harz wurde im Jahr 1941 bei insgesamt 21 Frauen in der Spalte "Stand" die Religionszugehörigkeit aufgeführt. Davon erfolgte bei neun Frauen keine Angabe des Ehestatus, bei den restlichen zwölf war der Ehestand zusätzlich dokumentiert. Insgesamt fehlten bei 14 Frauen Angaben zum Ehestatus. Für das Heim Schwarzwald ist ein zunächst langsamer, im Jahr 1945 sprunghafter Anstieg auf 50% zu beobachten. Insgesamt haben im Heim Schwarzwald 72 verheiratete

<sup>72</sup> Diese Annahme wird aus der Darstellung der zugehörigen tabellarischen Aufstellung gezogen, in der die "Verheirateten" den "Ledigen" gegenübergestellt werden. Im erläuterndem Kommentar heißt es: "(...) unter den III.- und Mehrgebärenden [waren] nur noch verheiratete bzw. geschiedene oder verwitwete Frauen"(135).

(30,13%), 149 ledige (62,34%), 7 verwitwete (2,93%) und elf geschiedene Frauen (4,6%) geboren(104).

### Berufsstatistik der Mütter und Väter

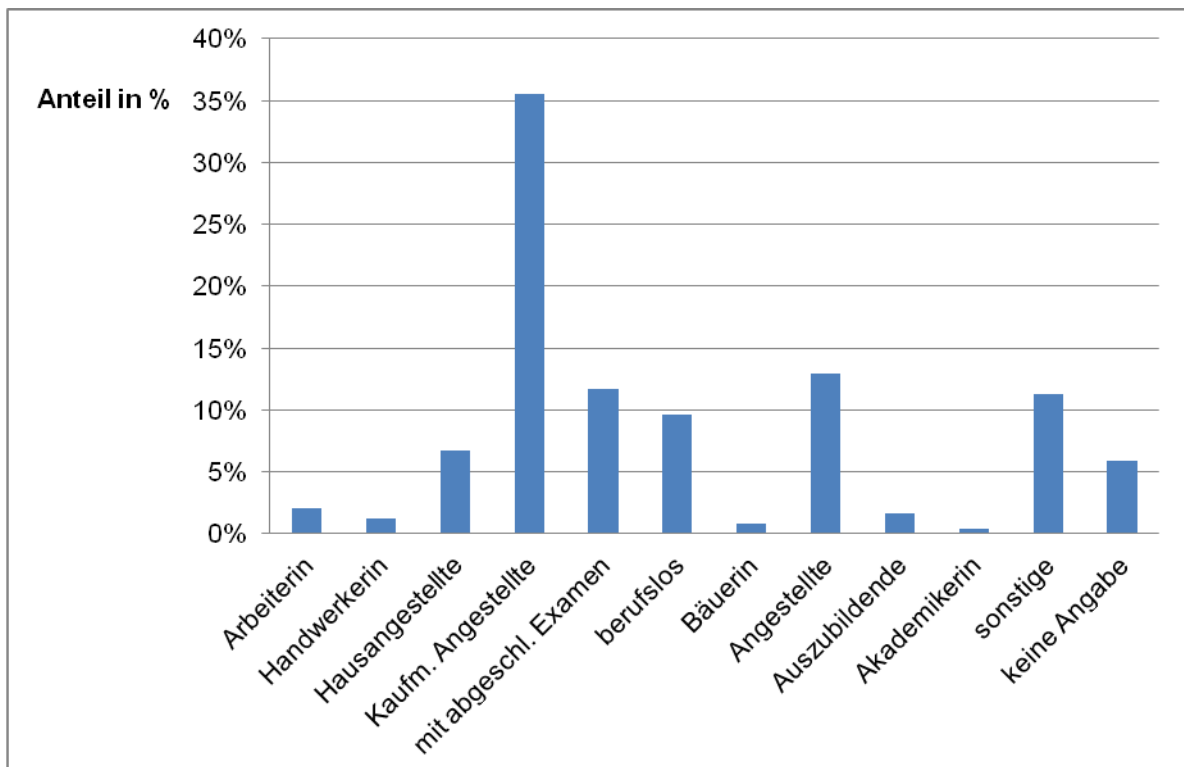
Ergänzend zum Familienstatus der Mütter geben der Vierjahresbericht bis 1939(40,129) und die Siebenmonatsstatistik(130) Aufschlüsse über die Berufe der Lebensbornmütter, die in Abbildung 16 dargestellt sind.



**Abbildung 16: Berufsstatistik der Lebensbornmütter im Zeitraum von 1936 bis 1939 und November 1941 bis Mai 1942**

Die am meisten repräsentierte Berufsgruppe bildete die der kaufmännischen Angestellten (Vierjahresbericht 30,1%; Siebenmonatsstatistik 42,5%), am zweithäufigsten wurden berufslose Frauen in die Heime aufgenommen (Vierjahresbericht 26,5%; Siebenmonatsstatistik 24,7%). In der Lebensbornstatistik von 1939 wurden in die Gruppe der "Berufslosen" Schülerinnen, Studentinnen, Haustöchter und Hotelvolontärinnen zusammengefasst, in der Statistik von November 1941 bis Mai 1942 waren "Hausfrauen usw." (130) gemeint. Nach der Vierjahresstatistik hatten außerdem 22,1% ein Examen abgelegt und arbeiteten als Dozentin bzw. Lehrerin, Apothekerin, Ärztin, Zahnärztin oder anderweitig im Pflegedienst (Hebamme, Säuglings-/Krankenschwester). Unter der Rubrik "sonstiges" wurden gemäß des

Vierjahresberichtes u.a. Sprechstundenhilfen, Graphikerinnen, Künstlerinnen, Schriftstellerinnen und BDM-(Bund Deutscher Mädel) Führerinnen aufgeführt. Neumaier fertigte in ihrer Dissertation zum Heim Schwarzwald ebenfalls eine Berufsstatistik der Lebensbornmütter an(104). Um den Vergleich dieser mit der Verteilung in der Lebensbornstatistik zu erleichtern, wurden zum Teil einzeln aufgeführte Berufsgruppen gemäß der Lebensbornstatistik zusammengefasst. Studentinnen wurden in die Gruppe der "Berufslosen/Hausfrauen", Künstlerinnen und bei einer NS-Organisation tätige Frauen (parallel zu BDM-Führerinnen) in die Kategorie "sonstiges" sowie Pädagoginnen und Frauen, die einen Pflegeberuf ausübten, in die Gruppe "mit abgeschlossenem Examen" aufgenommen. In Abbildung 17 ist die Verteilung graphisch dargestellt.



**Abbildung 17: Berufsstatistik der Lebensbornmütter im Heim Schwarzwald von 1942 bis 1945**

Auch in dieser Statistik nahm die Berufsgruppe der kaufmännischen Angestellten den größten Anteil ein (35,57%). Weitere stark repräsentierte Berufsgruppen bildeten Angestellte (12,97%), Frauen mit abgeschlossenem Examen (11,72%),<sup>73</sup> "sonstige" Berufe (11,29%),<sup>74</sup> sowie berufslose Mütter (9,63%).<sup>75</sup> Der Anteil an berufslosen Müttern

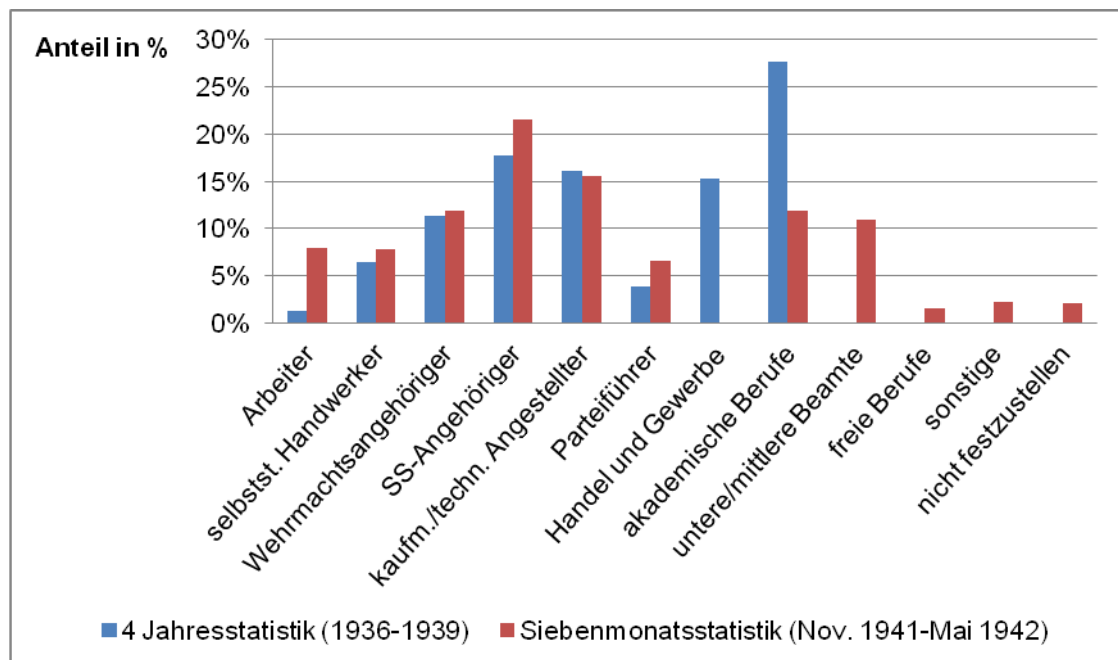
<sup>73</sup> Bei Neumaier separat geführt Pädagoginnen (2,93%) und Pflegeberufe (8,79%)(104).

<sup>74</sup> Bei Neumaier separat geführt Künstlerinnen (1,67%) und NS-Organisation (9,62%)(104).

<sup>75</sup> Bei Neumaier separat geführt Studentinnen (0,84%) und Berufslose/Hausfrauen (8,79%)(104).

im Heim Schwarzwald lag damit deutlich unter dem Schnitt aus der Siebenmonatsstatistik der Lebensbornheime mit 26,5%.

Vervollständigend konnte aus dem Vierjahresbericht und der Siebenmonatsstatistik eine Berufsstatistik über die Kindsväter der Lebensbornkinder von 1936 bis 1939(129) sowie von November 1941 bis Mai 1942(130) zusammengestellt werden (Abbildung 18).



**Abbildung 18: Berufsstatistik der Lebensbornväter im Zeitraum von 1936 bis 1939 und November 1941 bis Mai 1942**

Den Hauptanteil stellten dabei in der Vierjahresstatistik (1936 bis 1939) akademische Berufe dar mit insgesamt 27,7%, davon 14% "Ärzte, Professoren usw."(129), 5,3% höhere Staatsbeamte, 4,8% Diplomlandwirte und 3,6% Studenten. Auffällig hierbei ist das starke Absinken des Anteils an Akademikern von diesem Spitzenwert auf 11,9% in der Siebenmonatsstatistik (November 1941 bis Mai 1942). Weitere in beiden Statistiken stark repräsentierte Berufsgruppen waren Angehörige der SS (17,8%; mit 21,6% der Hauptanteil in der Siebenmonatsstatistik), kaufmännische bzw. technische Angestellte (jeweils knapp über 15%) und Angehörige der Wehrmacht (jeweils knapp über 10%).

### **SS-Auslesebedingungen, Fragebogen RF-SS**

Weiterführend gab die Siebenmonatsstatistik von November 1941 bis Mai 1942 über die "rassenideologische" und gesundheitliche Verfassung sowie über die politische Einstellung der Lebensbornmütter und -väter Aufschluss(149). Die Beurteilungen

erfolgten nach den Auslesebestimmungen der SS sowie der Einteilung gemäß der Fragebögen des Reichsführer-SS, die für die Aufnahme in ein Lebensbornheim obligatorisch waren. Danach entsprachen 68,7% der Lebensbornmütter vollständig, 14,1% nicht ganz und immerhin 17,2% nicht den Auslesebedingungen der SS. Bei den Kindsvätern entsprachen 17,2% nicht ganz und nur 7,1% nicht den Auslesebedingungen der SS. Der Rest, also 73,3%, entsprach diesen Bedingungen. Aus dem Vierjahresbericht vom Jahresende 1939 konnte entnommen werden, dass von 2863 gestellten Anträgen auf Heimaufnahme 1262 "infolge der SS-mässigen Auslesebestimmungen"(148) abgelehnt wurden, was einem Prozentsatz von 44,08% zurückgewiesenen Anträgen entspricht.<sup>76</sup> Vergleichend konnte aus der Siebenmonatsstatistik über den Jahreswechsel von 1941/1942 festgehalten werden, dass von insgesamt 1633 Anfragen durchschnittlich 48,3% zurückgezogen, nur 11,4% abgelehnt und durchschnittlich 32,6% aller Anfragen genehmigt wurden(36).<sup>77</sup> In den Fragebögen des Reichsführer-SS wurden Klassifizierungen zunächst in drei, ab Januar 1942 in vier Gruppen vorgenommen (s. Tabelle 4, Kapitel 2.2).

Von den Lebensbornmüttern entsprachen im Zeitraum von November 1941 bis Mai 1942 44% der Kategorie I, 50% Kategorie II und 6% der Kategorie III. Von den Kindsvätern wurden 50,6% in die erste Kategorie eingestuft, 39% in Kategorie II und 9% in die dritte Kategorie. Außerdem wurde in 1,4% der Fälle der Kindsvater in die Kategorie IV und damit als "unerwünscht" eingestuft(149).

### **3.2.2 Kindliche Daten: Jungen- und Mädchenanteil, ehelich und unehelich Geborene, "Wertigkeit" im Sinne der Rassenhygiene**

#### **Jungen- und Mädchenanteil**

Angaben zur Geschlechterverteilung der Geborenen wurden in den Monatsstatistiken von April 1939 bis November 1941(121,122) aufgeführt und konnten durch die Auszählung der Geburtenbücher für die Heime Harz(62) und Schwarzwald(104) ergänzt

---

<sup>76</sup> In dem Bericht wurde an dieser Stelle fälschlicherweise behauptet, dass "von 100 Aufnahmeanträgen auf Grund der Akten nur 44% berücksichtigt werden konnten"(148). 44% wurden jedoch abgelehnt, demnach wurden 55,09% zunächst angenommen.

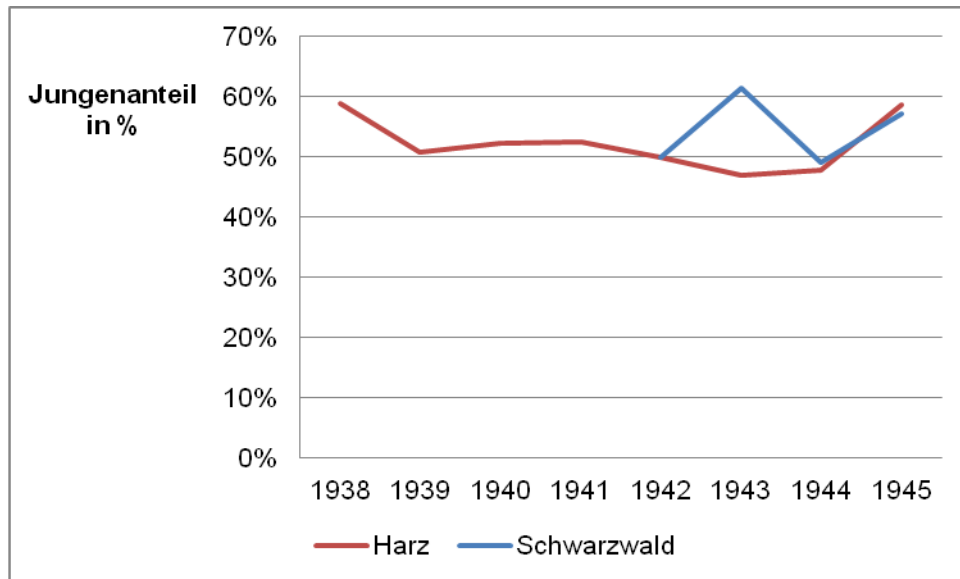
<sup>77</sup> Die Summe dieser Prozentangaben ergibt einen Restanteil von 7,7%. Es bleibt unklar, ob es sich dabei um Anträge handelt, die vom Lebensborn angenommen, jedoch von den Schwangeren nicht angetreten wurden, oder ob es sich schlicht um einen Rechenfehler in der Statistik handelt.

werden. Außerdem berichtete die Gesamtstatistik bis zum 31.12.1939 über den Zeitraum von 1936 bis 1939 bei 1360 Entbindungen inklusive elf Zwillingsgeburten über eine Verteilung von 704 Jungen auf 667 Mädchen(137). Der Anteil der Jungen betrug demnach 51,35%. Im Folgenden wird lediglich der Jungenanteil auf die Geburten angegeben. Der Anteil an Mädchen ergibt sich schlussfolgernd aus dem Restanteil.

Die Monatsstatistiken weisen unterschiedliche Geburtenzahlen auf im Vergleich zu den Auszählungen der Geburtenbücher der Heime Hochland und Harz. Außerdem verzeichnen die Monatsstatistiken für März 1941 die Geburt eines ehelichen Jungen im Heim Friesland. Dies steht den Angaben in den Geburtenbüchern gegenüber, denen zufolge lediglich im Januar 1941 zwei Entbindungen im Heim stattgefunden haben sollen, bevor das Heim evakuiert und geschlossen wurde. Dennoch sind die monatlichen Aufstellungen an dieser Stelle zur Berechnung des Jungenanteils auf die angegebenen Geburten herangezogen worden, da außer für die Heime Harz und Schwarzwald keine weiteren Auszählungen mit einer Differenzierung nach Jungen und Mädchen vorliegen. Anhand der Monatsstatistiken konnte im Jahr 1939 für die insgesamt acht aufgeführten Monate (April bis Juni sowie August bis Dezember) ein Jungenanteil von 49,29% ermittelt werden. Im Jahr 1940 betrug der Jungenanteil auf die in elf Monaten (Februar bis Dezember) aufgezeichneten Geburten 49,58% und im Jahr 1941 auf neun Monate (Februar bis Juni sowie August bis November) durchschnittlich 52,34%(121). Damit kann festgehalten werden, dass die Geburten für die dokumentierten Monate in den Jahren 1939 und 1940 einen minimalen Mädchenüberschuss und im Jahr 1941 einen geringen Jungenüberschuss aufwiesen.

Anhand der Geburtenbücher aus den Heimen Harz(62) und Schwarzwald(104) konnte der durchschnittliche Jungenanteil pro Jahr angegeben werden (Abbildung 19). Im Vergleich zu den Daten aus den Monatsstatistiken zeigten sich in den Geburtenbüchern aus den Heimen Harz und Schwarzwald zum Teil deutlichere Unterschiede in Bezug auf die Jungen- und Mädchenanteile.





**Abbildung 19: Anteil an Jungen in den Heimen Harz und Schwarzwald von 1938 bzw. 1942 bis 1945**

Im Heim Harz sank der Jungenanteil lediglich in den Jahren 1943 und 1944 unter 50%, demnach gab es in den Jahren 1938 bis 1941 und 1945 einen Jungenüberschuss. Im Jahr 1942 kamen genauso viele Jungen wie Mädchen auf die Welt ( $n=79$ ). Die höchsten Jungenanteile wurden 1938 und 1945 mit jeweils über 58% verzeichnet. Insgesamt waren von den 1100 Kindern, die im Heim Harz zwischen 1937<sup>78</sup> und 1945 geboren wurden, 565 Jungen, das heißt 51,36%(62).

Im Heim Schwarzwald kamen im November und Dezember 1942 seit Eröffnung des Heimes je drei Jungen und Mädchen zur Welt. In den Jahren 1943 und 1945 wurden mehr Jungen als Mädchen geboren. Der Jungenanteil betrug im Jahr 1943 61,46% und 1945 57,14%. Lediglich im Jahr 1944 wurden mehr Mädchen als Jungen geboren, der Jungenanteil betrug 49,09%. Bei insgesamt 240 Geburten, die von 1942 bis Mai 1945 im Heim Schwarzwald stattgefunden haben, kamen demnach 132 Jungen auf die Welt. Das entspricht einem Jungenanteil von 55%(104).

### **Ehlich und unehlich Geborene**

Von April bis Dezember 1939 sind von insgesamt 564 geborenen Kindern 234 (41,49%) ehelich geboren worden, der Rest (58,51%) waren unehelich geborene Kinder. Im Folgejahr von Februar bis Dezember 1940 kamen auf insgesamt 960 geborene Kinder

<sup>78</sup> Die Broschüre des Landkreises Wernigerode(54) verzeichnet an Geburten für das Jahr 1937 je zwei Jungen und zwei Mädchen. Das eingesehene Geburtenbuch des Heimes wurde erst ab 1938 geführt, sodass die Angaben aus dem Jahr 1937 übernommen wurden.

43,02% eheliche Kinder und auf die 663 Geburten im Jahr 1941 (Februar bis November) 41,03% eheliche Kinder(121). In der Statistik über die Belegstärke der Lebensbornheime vom 28.10.1939(100) fällt die Differenz zwischen ehelichen und unehelichen Kindern in den Heimen besonders auf. In den zu diesem Zeitpunkt sechs eröffneten Heimen befanden sich insgesamt 422 Kinder, von denen 354 unehelich waren. Dies entspricht einem Prozentsatz von 83,89%. Allerdings erfolgte in dieser Aufstellung keine Differenzierung zwischen Säuglingen und Kleinkindern, die möglicherweise von (ledigen) Schwangeren zur Aufnahme mitgebracht worden waren.

### **"Wertigkeit" im Sinne der Rassenhygiene**

Aufgrund der Beurteilung der Lebensbornmütter und der Kindsväter sowie dem Erscheinungsbild des Kindes erfolgte in den Siebenmonatsstatistik ebenfalls eine prognostische Einschätzung über die "Wertigkeit" des Kindes(149). Dabei wurde eine Einteilung auf die Frage "besteht Aussicht, dass das Kind ein wertvoller Mensch wird" mit "ja", "bedingt", "nein" und "Kind inzwischen gestorben"(149) vorgenommen. Demnach wurde in 61,5% der Fälle mit "ja", in 25,6% mit "bedingt" und in 2,7% mit "nein" geantwortet. 10,2% der Kinder waren laut dieser Statistik bereits verstorben.

## **3.3 Komplikationsraten unter der Geburt und im Verlauf**

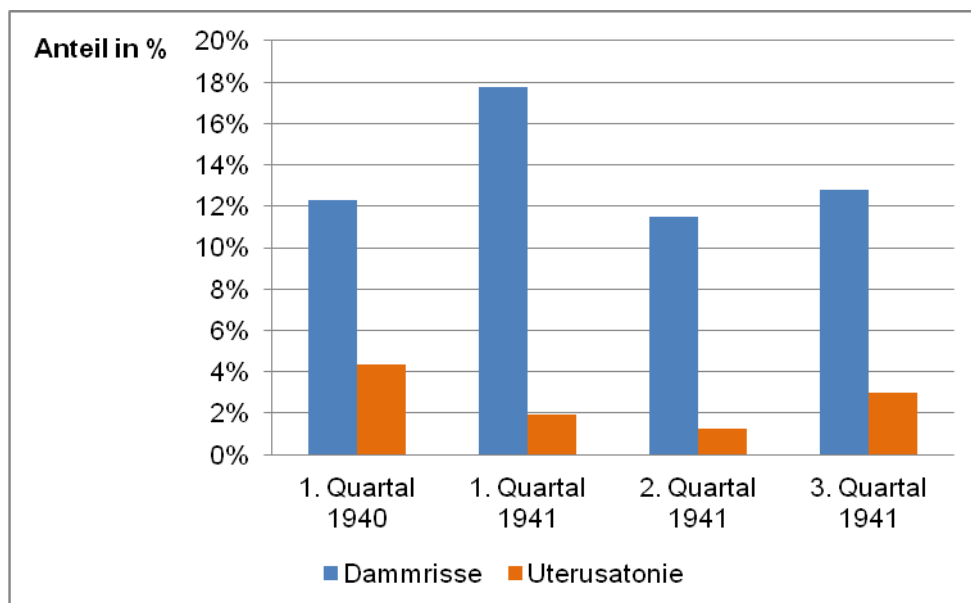
### **3.3.1 Maternale Komplikationen sub partu und im Wochenbett, maternale Sterblichkeit**

Die vierteljährlichen Auswertungen des Lebensborn aus den Jahren 1940 und 1941 geben Informationen über die Häufigkeit an Komplikationen unter der Geburt und nach der Entbindung. Vollständige Statistiken für jedes der Entbindungsheime sowie Gesamtstatistiken liegen für das erste Quartal 1940 sowie für das erste und zweite Quartal 1941 vor(131–133). Da in den Vierteljahresstatistiken keine Differenzierung zwischen Entbindungen und geborenen Kindern erfolgte, sind die Raten an Komplikationen auf die angegebene Geburtenanzahl pro Quartal bezogen.

Im ersten Quartal 1940(131) wurden alle sechs bis dahin eröffneten Heime aufgenommen. Die separate Heimstatistik für Friesland ist zwar nicht überliefert, die Daten für dieses Heim konnten jedoch rechnerisch über die Gesamtdaten der Lebensbornheime abzüglich der Einzelstatistiken der anderen Heime ermittelt werden.

Ab 1941 wurde das Heim Friesland nach der Schließung im Januar 1941 nicht mehr aufgenommen; die zwei bis dahin durchgeführten Entbindungen aus dem Jahr 1941 wurden nicht in die Lebensbornstatistik des ersten Quartals 1941 einberechnet(132). Zusätzlich zu den Heimstatistiken des zweiten Quartals 1941(133) liegt eine Einzelstatistik des Heimes Hochland aus dem dritten Quartal 1941 vor, die als Referenzwerte die Gesamtdaten der Lebensbornheime skizziert(134).

Abbildung 20 zeigt die Häufigkeit der maternalen Komplikationen unter der Geburt, namentlich Dammrisse und Uterusatonien, bezogen auf die gesamten Entbindungen in den Lebensbornheimen pro genanntem Quartal.

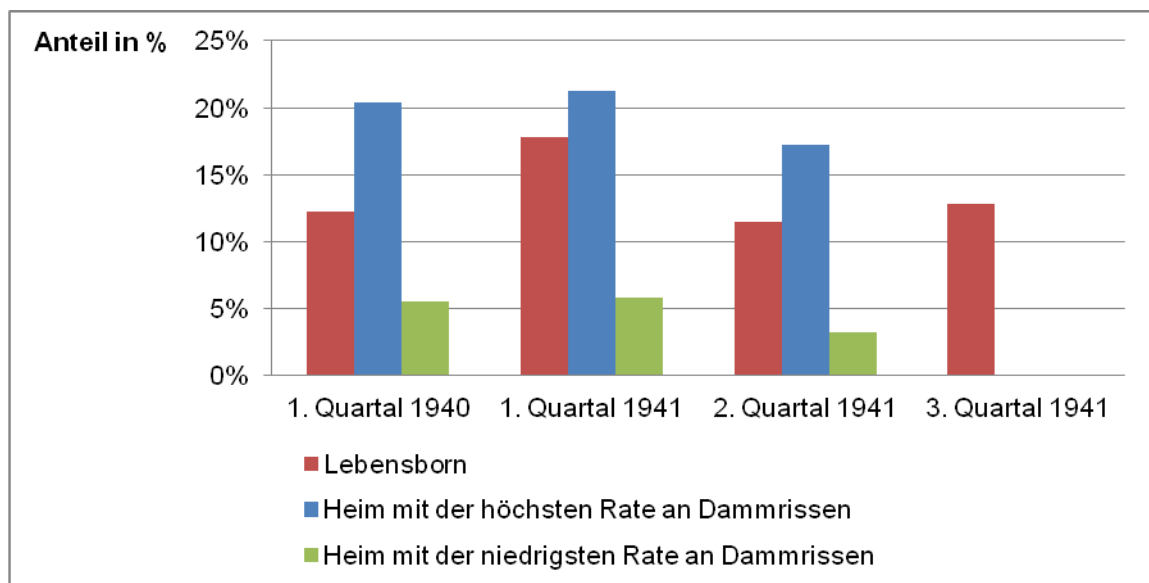


**Abbildung 20: Häufigkeit maternaler Komplikationen sub partu in den Lebensbornheimen pro Quartal**

Uterusatonien ereigneten sich dabei in allen betrachteten Quartalen durchschnittlich nur bei unter 5% der Geburten. Anhand der einzelnen Heimstatistiken fällt eine einmalige Häufung von Uterusatonien mit 9,26% der Entbindungen im Heim Kurmark im ersten Quartal 1940 auf.

Die häufigste Komplikation unter der Geburt stellten in den vorliegenden Vierteljahresstatistiken die Dammrisse dar (hier nicht aufgegliedert in die verschiedenen Grade eines Dammrisses). Da die durchschnittliche Häufigkeit an Dammrissen in den Quartalen jedoch offensichtlich schwankte (um bis zu 5,5% zwischen den Jahren 1940 und 1941), soll im Folgenden ein Blick auf die Häufigkeit in einzelnen Heimen geworfen werden.

In Abbildung 21 wird der durchschnittliche Anteil an Dammrissen aller Grade in den Lebensbornheimen den Werten der Heime mit der höchsten und niedrigsten Rate an Dammrissen gegenübergestellt.



**Abbildung 21: Häufigkeit von Dammrissen in einzelnen Heimen sowie im Durchschnitt aller Heime pro Quartal**

Das Heim Kurmark hatte im ersten Quartal 1940 mit einer Rate von 20,37% die höchste Rate an Dammrissen im Vergleich zu den anderen Heimen zu verzeichnen (Durchschnitt der Heime 12,27%), in den übrigen beobachteten Quartalen lag die Rate dagegen nah am Durchschnitt. Im ersten Quartal 1941 stiegen die Anteile an Dammrissen in den Heimen Ostmark/Wienerwald und Pommern im Vergleich zum Vorjahr stark an. Im Heim Ostmark/Wienerwald, 1940 noch bei 8,16%, hatte im ersten Quartal 1941 mit 21,28% die höchste Rate an Dammrissen zu verzeichnen, während im Heim Pommern die Häufigkeit von 11,11% (1941) auf immerhin 20% anstieg. Im zweiten Quartal 1941 ereigneten sich Dammrisse im Heim Pommern mit 17,19% weiterhin überdurchschnittlich häufig. In allen Heimen reduzierte sich 1941 die

Häufigkeit an Dammrissen im zweiten Quartal im Vergleich zum Vorquartal, sodass der Gesamtdurchschnitt auf 11,49% herabsank. Die niedrigsten Raten an Dammrissen hatten das Heim Harz (erstes Quartal 1940 5,56%) und Heim Hochland (erstes Quartal 1941 5,88%) zu verzeichnen. Im Fall des Heimes Hochland ist dies besonders interessant, da noch im Vorjahr die Häufigkeit mit 16,07% über dem Durchschnitt der Lebensbornheime lag. Im zweiten Quartal 1941 lagen Hochland (8,77%) und Harz (3,23%, n=1 auf 31 Geburten) erneut deutlich unter dem Durchschnitt. Die Angaben für das Heim Harz aus den Vierteljahresstatistiken des Jahres 1941 weisen jedoch zum Teil starke Unterschiede im Vergleich zu den Angaben im Geburtenbuch des Heimes auf. Im ersten Quartal 1941 steht die Angabe von fünf Fällen (14,7%) an Dammrissen aus den Vierteljahresstatistiken immerhin neun Fällen (25,71%)<sup>79</sup> gegenüber, die aus dem Geburtenbuch ermittelt werden konnten, davon drei Dammrisse ersten, fünf zweiten und ein Dammriss dritten Grades. Im Folgequartal war in den Vierteljahresstatistiken lediglich ein Dammriss aufgezeichnet, wohingegen aus dem Geburtenbuch zwei Dammrisse (je einer ersten und zweiten Grades) erhoben werden konnten.

Für die Datenanalyse aus dem Geburtenbuch(62) sowie den Hebammentagebüchern(123–125) des Heimes Harz wurde die Berechnung der Komplikationsraten angepasst. Die Häufigkeiten an Dammrissen und anderen Geburtsverletzungen wurden auf die Anzahl der geborenen Kinder bezogen, die Raten an vorzeitigem Blasensprung, Wehenschwäche, Atonie sowie anderer Wochenbettkomplikationen jedoch auf die Gesamtzahl der entbundenen Frauen.

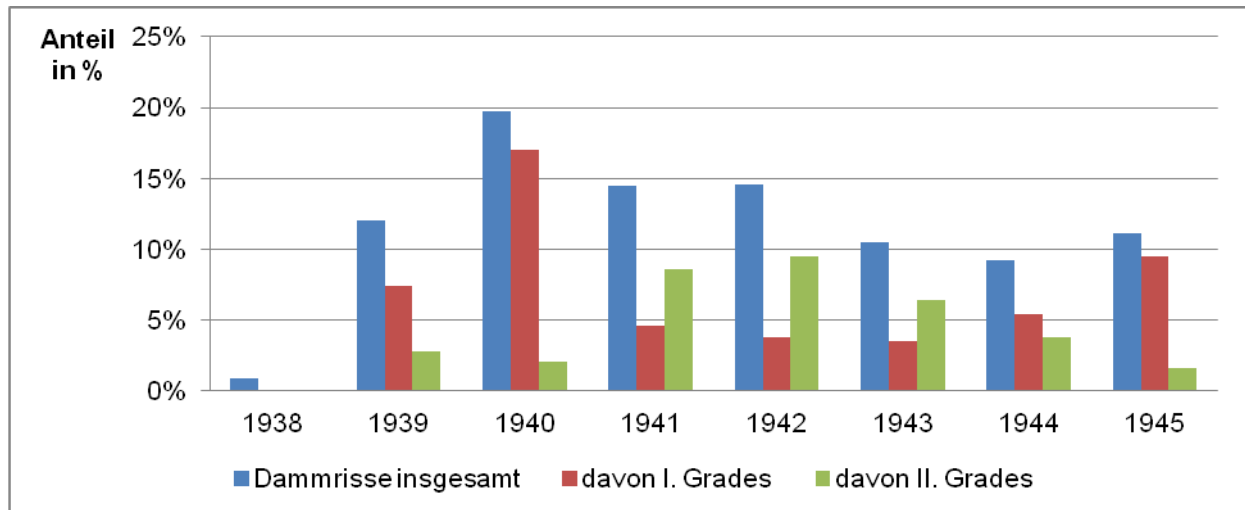
Im Geburtenbuch wurde für das Jahr 1938 lediglich ein Dammriss ohne Gradeinteilung bei insgesamt 112 Geburten aufgezeichnet (0,89%). Die Vermutung, dass es sich hier eher um eine fehlerhafte bzw. fehlende Dokumentation im Verlauf des Jahres handelt, kann leider nicht abschließend verifiziert werden. Ein dies unterstützendes Indiz ist allerdings auch die Episiotomieanzahl, die im Jahr 1938 nur einmal durchgeführt wurde. Eine hohe Anzahl an Episiotomien war demnach nicht ursächlich für die geringe Zahl an Dammrissen oder wurde nicht dokumentiert.

Das Jahr 1938 wurde deshalb für die folgende Betrachtung der Dammrissrate im Heim Harz weitestgehend ausgeklammert. Abbildung 22 zeigt die Anteile an Dammrissen

---

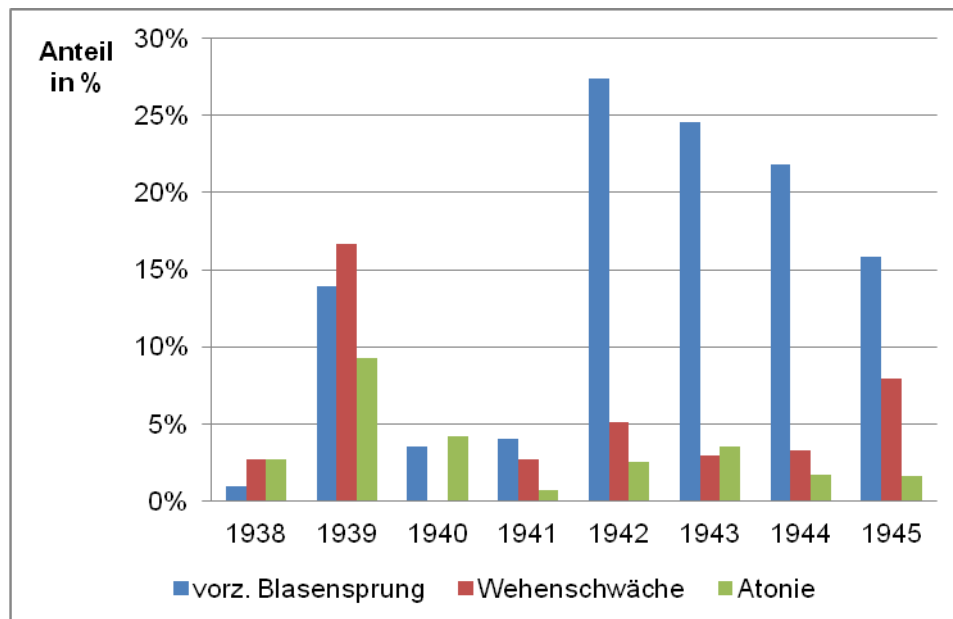
<sup>79</sup> Angabe der Dammrisse von Auszählung September 2018. Angabe der Geburten im ersten Quartal (n=34, davon eine Zwillingsgeburt) nach Auszählung und tabellarischer Aufstellung der monatlichen Geburtenzahl, 2016.

insgesamt sowie die Rate an Dammrissen ersten und zweiten Grades. Insgesamt ereigneten sich in 0,55% der Geburten zusätzlich Dammrisse dritten Grades (n=6) und in 0,27% fehlte eine Gradeinteilung (n=3).



**Abbildung 22: Häufigkeit von Dammrissen insgesamt sowie ersten und zweiten Grades im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945**

Ab 1940 kam es bei gleichzeitig steigenden Geburtenzahlen im Heim Harz zu einer Abnahme der Häufigkeit an Dammrissen bis 1944. Insgesamt betrug die Rate an Dammrissen im Heim Harz zwischen 1938 und 1945 11,86%. Die Angaben über Dammrisse in den Hebammentagebüchern stimmen weitestgehend mit den Angaben im Geburtenbuch überein, im Jahr 1943 ist im Hebammentagebuch ein Dammriss ersten Grades weniger dokumentiert im Vergleich zum Geburtenbuch. Außerdem wurde offensichtlich ein Dammriss zweiten Grades im Hebammentagebuch als Dammriss dritten Grades gewertet. Der überwiegende Teil der Dammrisse (89,23%) trat bei Erstgebärenden auf. 13,50% der Erstgebärenden erlitten einen Dammriss, während bei Zweit-, Dritt- und Mehrgebärende lediglich in 6,14% der Fälle ein Dammriss auftrat. Auch in Bezug auf weitere Eintragungen im Jahr 1938 ließ sich die oben ausgeführte Beobachtung machen, dass die Eintragungen über Komplikationen in diesem Jahr sowie weiteren Jahren auffallend gering ausfielen. Im Verlauf bis 1945 sind am häufigsten folgende Komplikationen im Rahmen der Geburt aufgetreten: vorzeitiger Blasensprung, Wehenschwäche und Uterusatonie. Die Anteile dieser Komplikationen sind in Abbildung 23 dargestellt.



**Abbildung 23: Häufigkeit peripartaler Komplikationen im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945**

Im Jahr 1939 kam es zu einem steilen Anstieg aller drei dargestellten Komplikationen. Die Raten an Wehenschwäche unter der Geburt und Uterusatonie sanken aber in den Folgejahren bis 1944 wieder unter 5% der Geburten. Zu einer erneuten Steigerung an Fällen von Wehenschwäche kam es im Jahr 1945. Insgesamt betrug die Häufigkeit von Wehenschwäche 4,51%. Die Rate an Uterusatonien lag insgesamt bei 3,13%, mit einem gehäuften Vorkommen im Jahr 1939 von 9,26% aller Geburten. Neun der insgesamt 34 Uterusatonien (0,83% aller Geburten) waren dabei mindestens Atonien zweiten Grades mit einem Blutverlust von  $\geq 1000\text{ml}$ .<sup>80</sup> In den Hebammentagebüchern wurde für die Jahre 1942 und 1943 je eine Eintragung von Wehenschwäche mehr als im Geburtenbuch dokumentiert.

Drei Eintragungen im Geburtenbuch Harz über "Plazentalösungen" im Jahr 1943 ließen sich nicht mit eindeutiger Sicherheit einordnen. Da bei diesen Entbindungen aber in einem Fall keine weitere Geburtsbemerkung, in den beiden anderen jeweils eine Atonie eingetragen war, liegt die Vermutung nahe, dass es sich eher um manuelle Plazentalösungen als um vorzeitige Plazentalösungen handelte, weshalb sie bei den geburtshilffichen Maßnahmen als solche ausgewertet wurden.

<sup>80</sup> Die Beschreibung im Geburtenbuch erfolgte in Gramm.

Vier Schwangere wurden aus dem Heim Harz zur Entbindung in ein nahegelegenes Krankenhaus verlegt, davon drei zur Sectio bei engem Becken und eine 41-jährige Viertgebärende zu spontaner Geburt.

Neben Dammrissen wurden an Geburtsverletzungen zusätzlich Schürfungen bei sechs Frauen, Hautrisse bei zwei Frauen, drei Labienrisse, elf Scheidenrisse (1,00%) sowie ein Cervixriss dokumentiert, sodass der Anteil an übrigen Geburtsverletzungen insgesamt bei 2,10% (n=23) lag. Als weitere maternale Komplikationen unter der Geburt waren zwei Fälle von Furunkulose sowie drei Fälle von Fieber unter der Geburt verzeichnet. Außerdem waren zwei Eintragungen über eine Eklampsie und eine Nephropathia gravidarum zu erheben. In den Hebammentagebüchern waren jedoch für das Jahr 1942 sechs Fälle anderer Geburtsverletzungen dokumentiert gegenüber lediglich drei Eintragungen im Geburtenbuch.

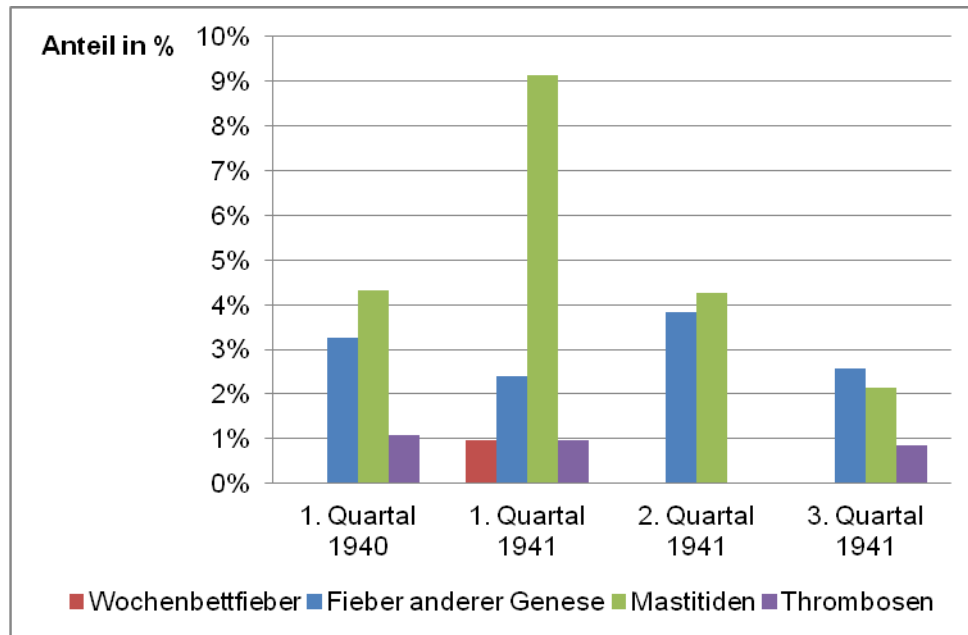
Der Verlauf des Wochenbettes war vor allem durch Infektionen gefährdet. Neben geburtsassoziierten Infektionen kam es wohl vor allem in den Wintermonaten des ersten Quartals 1940 zu einer Grippeepidemie, die als Ursache der ansteigenden Zahlen an Fieberfällen anderer Ursache interpretiert wurde(131). Für das Heim Pommern wurde bis zum Jahresende 1942 bei 24 Wöchnerinnen (2,93%) extragenitale Fieber im Wochenbett dokumentiert, welches sich laut Statistik im Gegensatz zu Wochenbettfieber auf "Grippe, Angina, usw."(135) zurückführen ließ.

Abbildung 24 visualisiert die Häufigkeit an Wochenbettkomplikationen im Durchschnitt aller Lebensbornheime auf Basis der vierteljährlichen Auswertungen(131–133). Auffällig ist der geringe Anteil an Wochenbettfieber. Lediglich im ersten Quartal 1941 traten zwei Fälle auf (0,96%). Auch andere Fieberursachen traten im Wochenbett mit unter 4% nur relativ selten auf, allerdings gab es deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Heimen. Im ersten Quartal 1940 verteilten sich die Fieberfälle "aus a. Gründen"<sup>81</sup> vor allem auf die Heime Hochland (7,14%) und Ostmark/Wienerwald (6,12%). Im ersten Quartal 1941 traten Fieberfälle ausschließlich in den Heimen Kurmark (4,62%) und Ostmark/Wienerwald (4,26%) auf, während im zweiten Quartal 1941 neben Kurmark (8,33%) auch das Heim Harz einen Anstieg zu verzeichnen hatte (12,9%).

---

<sup>81</sup> In den Vierteljahresstatistiken wurden die Fieberfälle in "Wochenbettfieber" und "Fieber aus a.[nderen] Gründen" unterteilt(131–133).

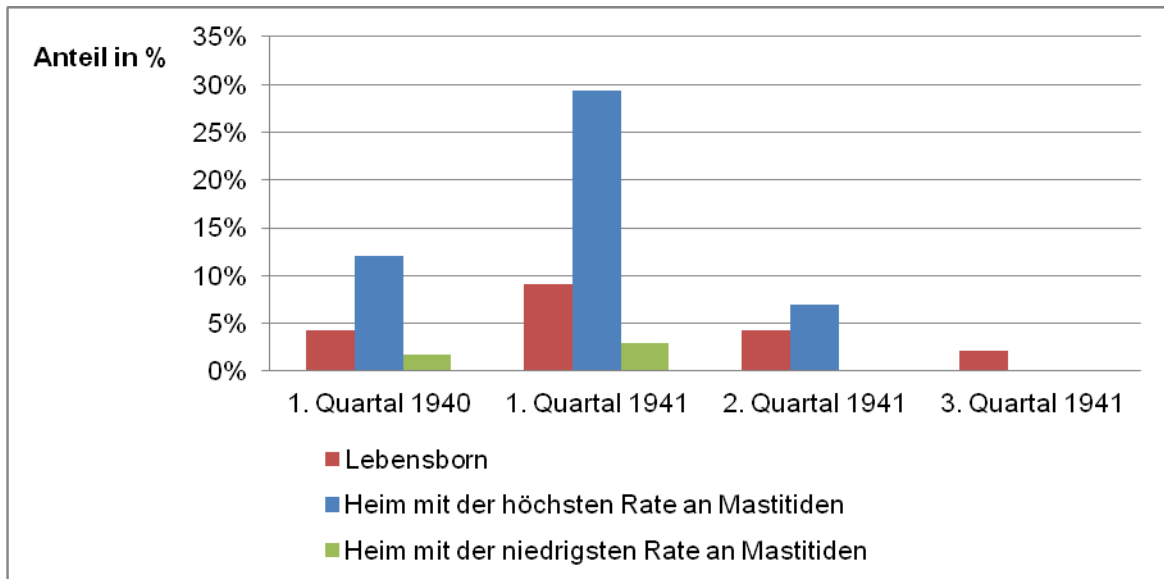




**Abbildung 24: Häufigkeit an Wochenbettkomplikationen in den Lebensbornheimen pro Quartal**

Besonderes Augenmerk in der Versorgung der Mütter im Lebensborn lag während des Wochenbettes auf der Brustpflege zur Vermeidung von Mastitiden. In Heimberichten der beratenden Fachärzte und gynäkologischen Gutachter wird immer wieder auf die Wichtigkeit der richtigen Brustpflege zum Erhalt der Stillfähigkeit der Frauen hingewiesen(90,102). Trotz allem kam es in den Lebensbornheimen immer wieder gehäuft zu Mastitiden, weshalb an dieser Stelle ebenfalls die Häufigkeitsverteilung in einzelnen Heimen aufgezeichnet werden soll.

In Abbildung 25 ist die durchschnittliche Häufigkeit von Mastitiden im Wochenbett im Vergleich zu den Heimen mit den meisten und wenigsten Fällen von Mastitiden pro Geburten dargestellt.

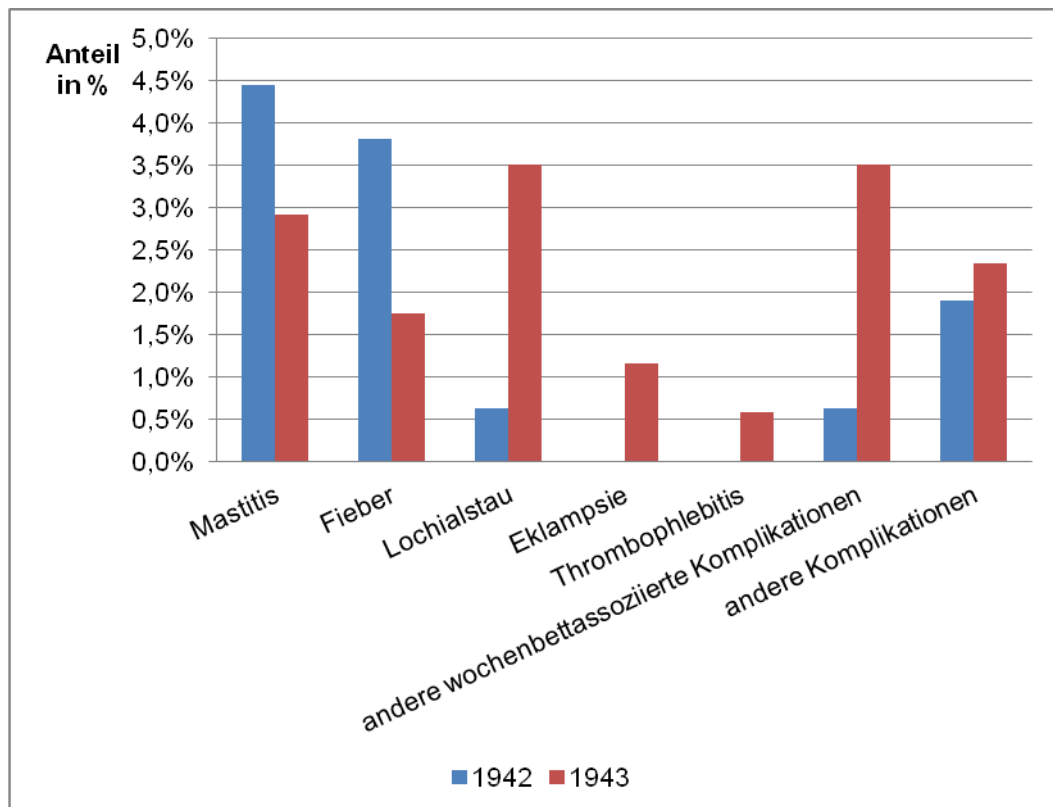


**Abbildung 25: Häufigkeit an Mastitiden in einzelnen Heimen sowie im Durchschnitt aller Heime pro Quartal**

Im ersten Quartal 1940 traten Mastitiden am häufigsten im Heim Friesland<sup>82</sup> auf mit einer Häufigkeit von 10,81%(131). Auch das Heim Harz lag mit 8,33% deutlich über dem Durchschnitt von 4,33%. Im Jahr 1941 hatten vor allem die Heime Hochland (29,41%) und Ostmark/Wienerwald (17,02%) im ersten Quartal eine ansteigende Rate an Mastitiden zu verzeichnen, die im Folgequartal zwar rückläufig, aber immer noch überdurchschnittlich hoch war. Relativierend muss ergänzt werden, dass im Heim Hochland im ersten Quartal lediglich 17 Geburten stattfanden. Fünf Frauen erkrankten in diesem Zeitraum an einer Mastitis, weshalb es bei dieser vergleichsweise geringen Geburtenanzahl zu der deutlich erhöhten Mastitisrate kam(132,133). Die niedrigsten Raten an Mastitiden hatten die Heime Kurmark, Pommern und Harz (hier mit Ausnahme des ersten Quartals 1940) zu verzeichnen. Das Heim Kurmark meldete für das zweite Quartal 1941 keinen einzigen Fall von Mastitis. Im Gesamtdurchschnitt über die drei Quartale zeigen sich die größten Unterschiede zwischen dem Heim Kurmark mit 2,58% sowie Pommern mit 3,25% und dem Heim Ostmark/Wienerwald mit 9,09%.

Im Heim Harz konnten zusätzlich mithilfe der Hebammentagebücher für die Jahre 1942 und 1943 genauere Angaben zum Verlauf des Wochenbetts gemacht werden(123,124). Insgesamt wurden in den Jahren 1942 und 1943 328 Frauen entbunden. In Abbildung 26 ist der Anteil an Wochenbettkomplikationen dargestellt.

<sup>82</sup> Berechnet über der Differenz der Einzelstatistiken und der Lebensbornstatistik für das erste Quartal 1940.



**Abbildung 26: Wochenbettkomplikationen im Heim Harz in den Jahren 1942 und 1943**

Die beiden Fälle von Eklampsie im Jahr 1943 (ein Eintrag mehr als im Geburtenbuch) ereigneten sich postpartal, eine Wöchnerin erlitt einen Anfall, die andere vier Anfälle. Es war jedoch kein Todesfall an Eklampsie zu ermitteln. Unter den wochenbettassoziierten Komplikationen wurden folgende Eintragungen zusammengefasst: Zystitis bzw. „Zystopyelitis“, postpartale Blutung, Eklampsiegefahr bei bestehender Nierenerkrankung und zwei Eintragungen über Komplikationen, die nicht näher beschrieben sind. Erkrankungen während des Wochenbettes, die nicht geburtsassoziiert waren, umfassten Angina, rheumatische Beschwerden der Unterschenkel, genitale Furunkulose, Nieren- und Gallenkoliken sowie Grippe und Erkältung. Demnach erkrankten im Jahr 1942 21 Mütter im Wochenbett, das sind 13,38%, gegenüber 21,64% (n=37) im Jahr 1943. Die geburtsassoziierten Erkrankungen betrugen im Jahr 1942 11,46% und im Jahr 1943 19,30%.

In einer Statistik über einen Zeitraum von fünf Monaten wurden neben bürokratischen Auswertungen auch Angaben zu den stattgefundenen Geburten gemacht. Demnach

kam es zwischen dem 01. November 1941 und dem 31. März 1942 zu 351 Geburten (davon 0,3% Mehrlingsgeburten), von denen bei 1,1% Komplikationen auftraten(139). Zu mütterlichen Krankheitsfällen kam es in 1,4% der Heimaufnahmen, wobei keine weitere Differenzierung in verschiedene Ursachen erfolgte. Die maternale Sterblichkeit unter der Geburt betrug nach dieser Quelle 0,3% ohne Angabe von Todesursachen(139).

In den Monatsstatistiken von April 1939 bis November 1941 wurde die Anzahl an Todesfällen in den Lebensbornheimen insgesamt aufgelistet, weshalb keine Zuteilung zu einzelnen Heimen erfolgen konnte(121,122). Außerdem waren die Todesfälle bis einschließlich Mai 1940 nicht aufgeteilt in mütterliche und kindliche Sterbefälle, sodass diese Zahlen nicht zur Ermittlung der mütterlichen Sterberate herangezogen werden konnten. Dieses Problem ergab sich ebenfalls aus den Angaben des Standesamtes Steinhöring II, die nur die "Sterbefälle" pro Monat von 1936 bis 1945 auflisten.<sup>83</sup> Eine Aussage über die Anteile der mütterlichen oder kindlichen Sterberate konnte anhand dieser Daten nicht gemacht werden.

Ab Juni 1940 erfolgte in den monatlichen Statistiken eine Einteilung in kindliche und mütterliche Todesfällen(121,122). Demnach verstarben insgesamt vier Frauen, je eine im September 1940, April 1941, September 1941 und Oktober 1941. Die Ursachen dieser Todesfälle ließen sich jedoch aus der Statistik nicht feststellen. Für das zweite Halbjahr 1940 kam also ein mütterlicher Todesfall auf insgesamt 535 Geburten, was einer Sterblichkeitsrate von 0,19% entspricht. Da im Jahr 1941 insgesamt für drei Monate Geburtenaufstellungen fehlen, konnte die Sterblichkeitsrate nur für ein Dreivierteljahr bestimmt werden: Auf insgesamt 675 Geburten (in neun Monaten) kamen drei mütterliche Todesfälle (0,44%).

In den Vierteljahresstatistiken wurden ab 1941 die Sterbefälle in den Heimen mit aufgeführt(132–134). Im ersten und dritten Quartal 1941 verstarb demnach keine Frau, im zweiten Quartal 1941 kam es im Heim Kurmark zu einem Todesfall unbekannter Ursache. Auf die Gesamtgeburten (n=36) ergab sich daraus eine mütterliche Sterblichkeitsrate im Heim Kurmark von 2,8% für das zweite Quartal 1941. Sowohl im ersten als auch im dritten Quartal wurden jedoch keine Todesfälle aufgezeichnet, im ersten Quartal 1941 war die Anzahl der Geburten sogar beinahe doppelt so hoch (n=65) wie im Folgequartal. Deshalb kann angenommen werden, dass sich die

---

<sup>83</sup> Monatliche Aufstellung der Jahre 1936-1945, erhalten über EMailkontakt mit Fr. L. Windstetter, Standesamt Steinhöring, am 03.01.2017.

mütterliche Sterberate im Heim Kurmark über einen längeren Zeitraum nicht deutlich höher zeigte als in anderen Lebensbornheimen. Relativierend ergab sich für das erste Halbjahr 1941 nach Zusammenzählung der Geburten eine Sterberate von 0,99% im Heim Kurmark.

Nach Informationen aus dem Archiv Hohehorst<sup>84</sup> sind im Heim Friesland insgesamt zwei Mütter, eine 26-jährige und eine 30-jährige, an unbekannter Ursache verstorben. Auf 217 Geburten ergab dies eine mütterliche Gesamtsterblichkeitsrate von 0,92%.

Für das Heim Pommern konnten bis zum 31.12.1942 drei mütterliche Todesfälle erhoben werden. Bei den bis dahin 820 stattgefundenen Entbindungen betrug die Sterblichkeitsrate insgesamt 0,36%. In einem Fall verstarb eine Mutter an einer Eklampsie, die beiden anderen verstarben an Wochenbettfieber(135). In einer früheren Heimstatistik bis zum 01.09.1941 waren zwei Mütter verstorben, wobei neben der Eklampsie als Ursache für den zweiten Todesfall eine "Bauchfellentzündung" aufgeführt wurde(150). Diese wurde in der Statistik von 1942 offensichtlich als wochenbettassoziierte Infektion gemeinsam mit dem dritten Sterbefall zusammengefasst. Die Vermutung, ob es sich hierbei womöglich um eine Komplikation nach einer Sectio handelt, bleibt jedoch rein spekulativ.

Die Auswertung der Geburten- und Hebammentagebücher des Heimes Harz lieferte keine Angaben über mütterliche Sterbefälle, gleiches gilt für das Heim Schwarzwald.

Demnach kann festgehalten werden, dass die Müttersterblichkeit in den Lebensbornheimen insgesamt unter 1% lag.

### **3.3.2 Kindliche Komplikationen unter der Geburt und im Verlauf, Säuglingssterblichkeit**

In den Quartalstatistiken der Heime lassen sich hinsichtlich pädiatrischer Komplikationen unter der Geburt Angaben über das Auftreten von Asphyxien und kindlichen Sterbefällen finden. Es wurde nicht differenziert zwischen vermuteter intrauteriner Asphyxie bei Absinken der kindlichen Herztöne pränatal und dem asphyktischen Erscheinungsbild der Neugeborenen.

Die durchschnittliche Häufigkeit von Asphyxien in den Lebensbornheimen insgesamt lag in allen betrachteten Quartalen (erstes Quartal 1940 sowie erstes bis drittes Quartal 1941) nur bei 2,4% bis maximal 3,42% der Geburten. Lediglich im Heim Hochland kam

---

<sup>84</sup> EMailkontakt Hr. H.-W. Liebig, Hohehorst Archiv, am 29.09.2016.

es zu einer erhöhten Rate an Asphyxien, nämlich im zweiten (8,77%) und dritten Quartal 1941 (12,12%)(131–133).

Im Heim Pommern kamen bis Jahresende 1942 von vier Frühgeburten drei als Totgeburten auf die Welt mit einem Geburtsgewicht von unter 1700 Gramm(135). Dagegen konnte offensichtlich eine Frühgeburt von 1100 Gramm Geburtsgewicht am Leben erhalten werden. Damit ergab sich für das Heim Pommern eine Mindestrate an Frühgeburten von 0,48%(135).

Im Geburtenbuch des Heimes Harz wurden die Frühgeburten meist durch Angabe des Schwangerschaftsmonats zum Zeitpunkt der Geburt und nicht unter Nennung des Geburtsgewichtes geführt. Da bei den verstorbenen Frühgeburten z.B. in der Heimstatistik des Heimes Pommern(135) das Geburtsgewicht und in einigen Fällen auch die Geburtslänge angegeben wurde, kann vermutet werden, dass die Einteilung gemäß der Definition einer Frühgeburt von unter 2500g Geburtsgewicht getroffen und die Geburtslänge ergänzend angegeben wurde(151). Als Frühgeburt im Heim Harz explizit dokumentiert waren 18 Kinder, das sind 1,64%(62). Davon kamen sieben Kinder vor dem neunten Schwangerschaftsmonat auf die Welt und acht zwischen dem neunten und zehnten Monat.<sup>85</sup> Bei drei weiteren Frühgeburten erfolgte keine genaue Angabe des Schwangerschaftsmonats. Zusätzlich wurden bei drei Kindern Bemerkungen über den Geburtszeitpunkt zwei, drei und vier Wochen vor Termin hinzugefügt, die aber nicht als Frühgeburt betitelt wurden. Fünf der Frühgeborenen sind laut Geburten- und Sterbebuch verstorben, vier davon waren vor dem neunten Schwangerschaftsmonat geboren. Die früheste Frühgeburt, die im sechsten bis siebten Schwangerschaftsmonat geboren wurde, blieb offensichtlich am Leben. Bei drei Frühgeburten lag zusätzlich eine Nabelschnurumschlingung vor. Die Hebammentagebücher stimmten in der Anzahl der dokumentierten Frühgeburten mit dem Geburtenbuch überein.

Laut Geburtenbuch kam es im Heim Harz in 13 Fällen (1,19%) zum plötzlichen Absinken der kindlichen Herztöne mit dem Verdacht auf intrauterine Asphyxie, in drei dieser Fälle lag eine Nabelschnurumschlingung vor(62). Allerdings sind im Hebammentagebuch für das Jahr 1942(124) sieben Eintragungen (4,43% auf 158

---

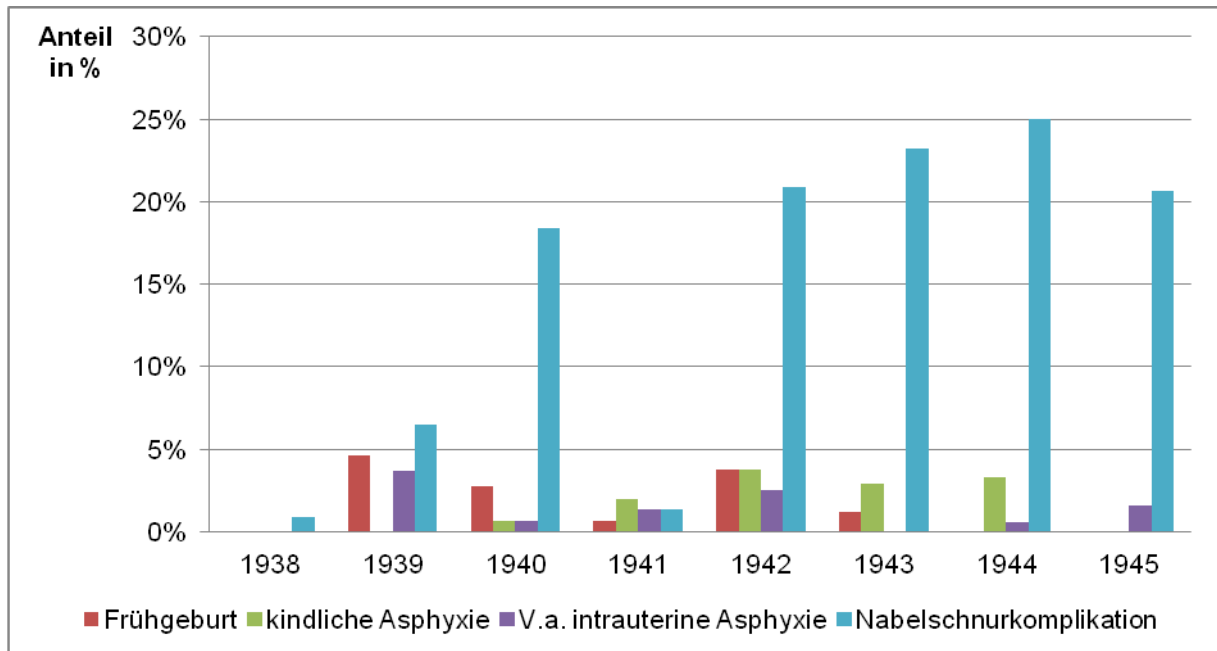
<sup>85</sup> Insgesamt wurden an Frühgeburten mit Angabe des Schwangerschaftsmonats dokumentiert: eine im sechsten bis siebten Monat, eine im siebten Monat, eine im siebten bis achten Monat, zwei im achten Monat, zwei im achten bis neunten Monat, fünf im neunten Monat, drei im neunten bis zehnten Monat (explizit mit "Frühgeburt" betitelt).

geborene Kinder) zu abfallenden kindlichen Herztönen erfolgt im Gegensatz zu den lediglich vier Fällen laut Geburtenbuch in diesem Jahr (2,53%). 21 Kinder kamen asphyktisch auf die Welt, das sind 1,92%, davon elf als "scheintot" dokumentiert, der Rest asphyktisch bzw. blauasphyktisch(62). Die Bezeichnung "scheintot" trat dabei erst ab dem Jahr 1942 und bis 1944 auf. Ob es davor keine Fälle von scheintoten Neugeborenen gegeben hat oder die Eintragungen darüber erst im Jahr 1942 begonnen wurden, bleibt unklar. Bei acht der insgesamt 34 Asphyxiefälle (intrauterine sowie asphyktisches Erscheinungsbild postnatal) war eine Nabelschnurumschlingung (höchstwahrscheinlich) die Ursache. Auch hier unterscheiden sich die Aufzeichnungen in den Hebammentagebüchern von denen im Geburtenbuch. Zehn Fälle von asphyktisch geborenen Kindern im Jahr 1942 laut Hebammentagebuch stehen dabei lediglich sechs Eintragungen im Geburtenbuch gegenüber, im Jahr 1943 wurden im Hebammentagebuch sieben Kinder mit Asphyxie dokumentiert, im Geburtenbuch nur fünf. Die Rate schwankt also für das Jahr 1942 je nach Quelle zwischen 3,8% und 6,33%, im Jahr 1943 zwischen 2,9% und 4,07%.

Insgesamt betrug die Häufigkeit an Nabelschnurumschlingungen<sup>86</sup> 14,69% (n=161), wobei im Jahr 1938 keine und im Jahr 1941 lediglich zwei Nabelschnurumschlingungen dokumentiert wurden(62). Gemessen an der Häufigkeit in den restlichen Jahren, lassen sich diese geringen Anzahlen am ehesten durch eine unvollständige Dokumentation erklären. Bei sechs Geburten kam es zu einem Nabelschnurvorfal (0,55%), in zwei Fällen wurde eine zu kurze Nabelschnur dokumentiert. Drei von den insgesamt sechs Nabelschnurvorfällen ereigneten sich bei Fußlage des Kindes. In Abbildung 27 sind die häufigsten kindlichen Komplikationen im Heim Harz dargestellt, die die postnatale Sterblichkeit maßgeblich beeinflussen konnten. Als Nabelschnurkomplikationen wurden die Nabelschnurumschlingungen, Nabelschnur-vorfälle und Fälle von kurzer Nabelschnur zusammengefasst.

---

<sup>86</sup> Aus dem Geburtenbuch ging dabei nicht hervor, ob es sich in allen Fällen um Nabelschnurumschlingungen um den Hals handelte.



**Abbildung 27: Häufigkeit kindlicher Komplikationen im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945 nach Angaben im Geburtenbuch**

Die Rate an Nabelschnurumschlingungen stieg zwischen den Jahren 1939 und 1940 rapide an. Lässt man das Jahr 1941 ebenso wie das Jahr 1938 aus oben genanntem Grund unberücksichtigt, zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Häufigkeit an Nabelschnurumschlingungen bei den Geburten bis 1944. Kindliche Asphyxien traten insgesamt nur in geringem Ausmaß auf. Die höchste Rate ist mit 3,8% im Jahr 1942 zu beobachten. Ein gehäuftes Auftreten von absinkenden Herztönen des Ungeborenen fällt im Jahr 1939 auf. Abgesehen von den Nabelschnurumschlingungen betrug die Rate kindlicher Komplikationen unter der Geburt jedoch stets unter 5%.

In den Hebammentagebüchern wurden im Jahr 1942 35 Fälle von Nabelschnurumschlingungen festgestellt gegenüber 32 Fällen laut Geburtenbuch (Schwankung der Rate zwischen 2,03% und 2,22%). Im Geburtenbuch des Jahres 1943 wurde lediglich eine Nabelschnurumschlingung mehr aufgeführt als im Geburtenbuch.

Anhand der Hebammentagebücher konnten für die Jahre 1942 und 1943(123,124) ergänzende kindliche Komplikationen erfasst werden. Je ein Kind wurde aus mekoniumhaltigen Fruchtwasser sowie aus blutigem Fruchtwasser entwickelt. Die Kinder blieben jedoch offensichtlich nach der Geburt gesund. Ein Kind, das von einer Mutter mit Furunkulose der Vulva geboren wurde, entwickelte im Verlauf am Hinterkopf Furunkel, die nach einigen Wochen wieder abheilten. Ein weiteres Kind kam mit einem



Leistenbruch zur Welt, ein anderes entwickelte eine Nabelsepsis, überlebte aber offensichtlich, ebenso wie ein Kind, das in den ersten Lebenstagen mit Neugeborenenkrämpfen auffällig wurde. Insgesamt wurden in den Jahren 1942 und 1943 drei Kinder in eine nahegelegene Klinik überwiesen, einmal mit Verdacht auf Pemphigus neonatorum, einmal bei Fieber unbekannter Ursache und einmal aufgrund ausbleibenden Stuhlgangs. Ein weiteres Kind erkrankte zum Jahresbeginn 1944 an Pemphigus, wurde jedoch nicht verlegt.

Über Kinder, die mit Fehlbildungen auf die Welt kamen, hatte der Heimleiter der Lebensbornführung Meldung zu erstatten. Im Heim Pommern waren 0,84% der Kinder (n=7) bis zum Jahresende 1942 mit Fehlbildungen geboren worden, drei davon mit Spaltbildungen, zwei Kinder mit angeborenem Darmverschluss und multiplen inneren Fehlbildungen und je ein Kind mit einer Herzfehlbildung und Klumpfüßen(135). Im Heim Harz konnte aus dem Geburtenbuch eine Rate an Kindern mit Fehlbildungen von 0,55% erhoben werden, davon ein Kind mit Trisomie 21,<sup>87</sup> drei Kinder mit Spaltbildungen, ein Kind mit „Klumpfuß“ und ein Kind, das totgeboren und mit der Bezeichnung "Missgeburt!"(62) im Geburtenbuch versehen wurde.

Neben geburtsassoziierten Komplikationen stellten Infektionserkrankungen in den ersten Lebenswochen und -monaten der Kinder einen wesentlichen Faktor der Säuglingssterblichkeit dar. In Heimberichten, die monatlich von den visitierenden Fachberatern und halbjährlich vom beratenden Facharzt für Kinderheilkunde angefertigt wurden, wies man wiederholt auf Maßnahmen zur Prophylaxe und Verhinderung der Ausbreitung von Infektionserkrankungen in den Heimen hin. Besondere Bedeutung hatten dabei der Keuchhusten, Lungenentzündungen und eitrige Hauterkrankungen (Pemphigus)(52). Kinderarztberichte über die Lebensbornheime von September 1939 berichteten über häufige Pemphigusfälle im Heim Friesland sowie über das Abklingen einer offensichtlichen Keuchhustenwelle im Heim Pommern(52). Mit Nachdruck sprachen sich die fachärztlichen Berater des Lebensborn für eine Einrichtung von eigenen Kinderheimen sowie für die Sicherstellung der Isolierungsmöglichkeiten erkrankter Kinder aus, um die Infektionsgefahr aufgrund von Überfüllung der Heime zu minimieren(51,52). Eine ärztliche Stellungnahme Ebners zu zwei kindlichen Todesfällen

---

<sup>87</sup> Im Geburtenbuch mit "Mongolismus"(62) dokumentiert. Das Kind verstarb nach der Geburt (im Jahr 1939).

an Lungenentzündung deutet auf eine Häufung derselben im Herbst 1938 hin(152), während im ärztlichen Bericht vom 31.12.1940(65) vermehrt Grippe- und Scharlacherkrankungen bei den Kindern erwähnt werden. Derlei Berichte liefern einen oberflächlichen Eindruck der Bedeutung von Infektionserkrankungen in den Lebensbornheimen, detaillierte Statistiken zu Erkrankungsfällen liegen diesbezüglich jedoch nicht vor.

Aus dem Heim Hochland belegt ein Bericht des dortigen Heimarztes vier Verlegungen von Kindern innerhalb der ersten beiden Dezemberwochen 1938 in nahegelegene Kliniken Münchens(153): eine Verlegung aufgrund von habituellem Säuglingserbrechen, eine wegen Ernährungsstörungen, eine bei manifester Rachitis und in einem Fall bei Verdacht auf tuberkulöse Coxitis.

Als Gradmesser der geburtshilflichen Arbeit und als Basis für einen Vergleich mit Daten aus dem Reichsgebiet wurden regelmäßig Statistiken über die Sterberaten in den Lebensbornheimen angefertigt.

Als Säuglingssterblichkeit wurde auch damals die Häufigkeit von Todesfällen innerhalb des ersten Lebensjahres auf 100 Lebendgeborene betrachtet. Sie besteht aus der Frühsterblichkeit (innerhalb der ersten sieben Lebenstage)<sup>88</sup> und der Nachsterblichkeit (folgende Wochen und Monate, innerhalb des ersten Lebensjahres)(2) auf 100 Lebendgeborene. Totgeburten, also Geborene, bei denen keine natürliche Lungenatmung nach der Geburt eingesetzt hat(2), sind somit nicht in der Säuglingssterblichkeit einberechnet.

Neben reinen Säuglingssterblichkeitsraten im Verlauf der Lebensbornarbeit waren auch ausführliche Lebensbornstatistiken zu finden, in denen die Todesfälle der Kinder wie folgt im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eingeteilt und definiert wurden(127) (Tabelle 5):

---

<sup>88</sup> Die Definition der Frühsterblichkeit war in der zeitgenössischen Literatur nicht einheitlich. Der eingeschlossene Zeitraum reicht diesbezüglich von den ersten sieben Lebenstagen(2) über die ersten zehn Lebenstage(170) bis hin zu den ersten Lebenswochen (vgl. Einteilung in Lebensbornstatistiken, Tabelle 5).

Totgeburten	vor oder während der Geburt verstorbene
Frühsterblichkeit	Sterblichkeit in den ersten Lebenswochen
Nachsterblichkeit	Sterblichkeit im ersten Lebensjahr
Sterblichkeit von Kindern über 1 Jahr alt	

**Tabelle 5: Einteilung und Definition der Sterblichkeitsraten laut Lebensbornstatistiken**

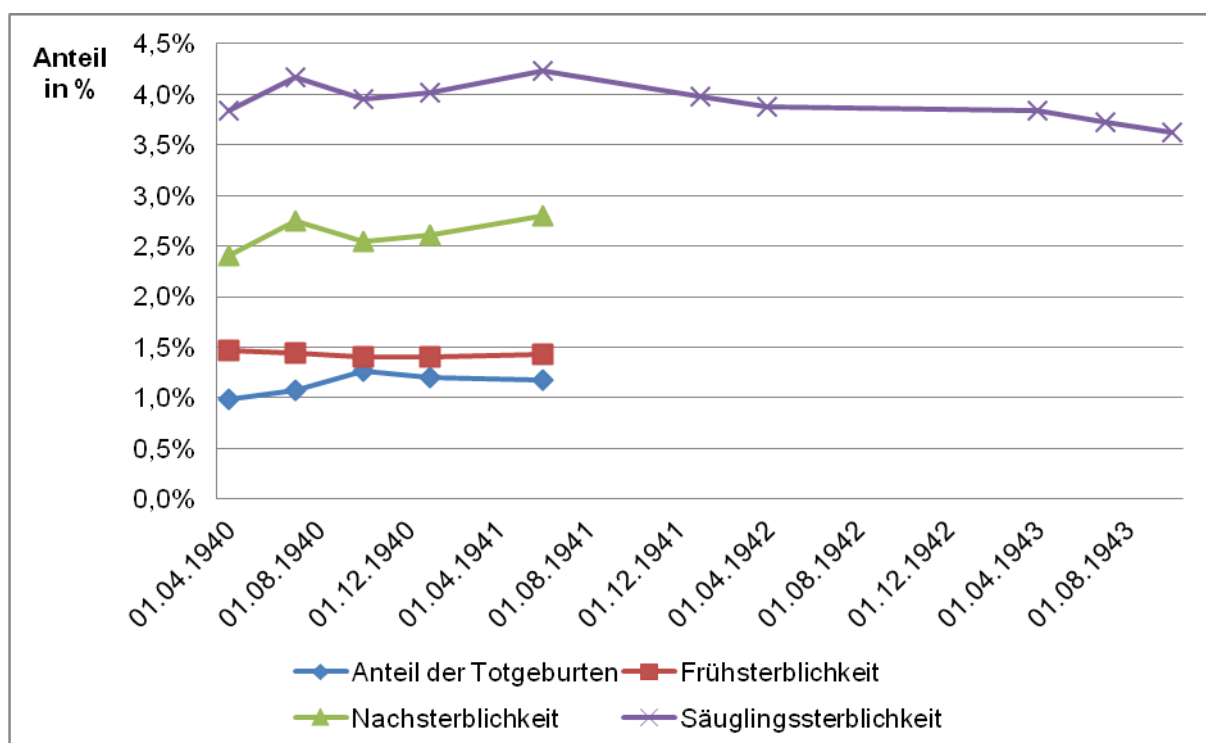
In der Statistik, die in einem Schreiben an den Reichsgesundheitsführer Dr. Leonardo Conti (1900 bis 1945) vom Juni 1940 aufgeführt ist, wurden die Geburtendaten von Gründung des Vereins bis zum 30.04.1940 zusammengefasst(127). Bei 1697 Entbindungen wurden 1720 Kinder geboren. Die Zahl der Todesfälle betrug insgesamt 86, wovon 17 auf Totgeburten, 25 Fälle auf Frühsterblichkeit, 41 Fälle auf Nachsterblichkeit entfielen und drei Kinder im Alter von über einem Lebensjahr verstorben sind. Von den Totgeburten waren bereits sechs Früchte intrauterin vor Geburtsbeginn verstorben, acht Kinder verstarben infolge von Komplikationen unter der Geburt sowie drei weitere Kinder, die mit schweren Fehlbildungen (Hydrocephalus, Anencephalie und fehlende Ausbildung der Harnorgane) auf die Welt kamen(154). Die häufigste Ursache für Todesfälle in der ersten Lebenswoche stellte die Lebensschwäche bei Frühgeburten im siebten und achten Monat (0,94% der Lebendgeborenen, n=16) dar, noch vor angeborenen Fehlbildungen wie Herzfehlern oder Spina bifida (n=5) und Todesfällen infolge von Geburtstraumata wie Hirnblutungen (n=4). Die kindlichen Todesfälle im ersten Lebensjahr und darüber hinaus (bis zu einem Alter von 4 Jahren n=43) verteilten sich vor allem auf Infektionserkrankungen wie Lungenentzündung (n=17), Grippe (n=5) sowie Ernährungsstörungen (n=9).

Die errechneten Sterblichkeitsziffern dieser Statistik weisen eine fehlerhafte Berechnung der Säuglingssterblichkeit auf. Während der Anteil der Totgeburten auf die Gesamtgeborenen mit 0,99% korrekt ist, stellt die Säuglingssterblichkeit eine Sterblichkeitsziffer pro 100 Lebendgeborene dar, weshalb von den Gesamtgeborenen die Totgeburten abgezogen werden müssen. Dabei ergibt sich eine Sterblichkeitsziffer für die Frühverstorbenen von 1,47% (laut Statistik 1,45%) und für die Nachverstorbenen von 2,41% (laut Statistik 2,38%). Die Säuglingssterblichkeit betrug demnach 3,88% anstelle der aufgelisteten 3,83%. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen fällt der prozentuale Unterschied nur sehr gering aus. Allerdings wird dadurch deutlich, dass bei

den statistischen Auswertungen nicht nur Übertragungsfehler, sondern auch individuelle Berechnungsfehler auftraten. In einer ähnlich strukturierten Statistik vom 01.04.1942(138) wurde die Säuglingssterblichkeit korrekterweise nur unter Berücksichtigung der Lebendgeborenen berechnet. Bei 3487 Entbindungen sind 3521 Kinder geboren worden, von denen 44 Totgeburten waren. Die Anzahl der Lebendgeborenen betrug somit 3477. Die Rate an Totgeburten betrug am 01.04.1942 rechnerisch 1,25% und lag damit rund 25% höher als im April 1940 (0,99%). Von den Lebendgeborenen waren bis zum Stichtag 135 Kinder verstorben (3,88%), wobei in dieser Statistik keine Aufteilung in Früh- und Nachsterblichkeit erfolgte. Es ist nicht eindeutig zu belegen, ob zu diesen 135 Todesfällen auch verstorbene Kinder über einem Lebensjahr gezählt wurden, allerdings würde ein Abzug dieser Kinder zu einer niedrigeren Säuglingssterblichkeit führen.

Aus ärztlichen Mitteilungen an die Heimleiter sowie aus Korrespondenzen Ebners mit dem beratenden Facharzt für Kinderheilkunde, Prof. Dr. Becker, konnten Säuglingssterblichkeiten im Verlauf für die Jahre 1940 bis 1943 erhoben werden(53,138,155,156). Zwei Statistiken Gregor Ebners über die Säuglingssterblichkeit in den Lebensbornheimen führten dabei eine Aufstellung über die absoluten Zahlen der Todesfälle von Beginn der Lebensbornarbeit bis zum Stichtag. Aus den prozentualen Angaben der übrigen Statistiken kann retrospektiv nicht eindeutig auf die absoluten Zahlen geschlossen werden.

In Abbildung 28 sind die kindlichen Sterberaten vom 1. Quartal 1940 bis zum 3. Quartal 1943 dargestellt.



**Abbildung 28: Säuglingssterblichkeit in den Lebensbornheimen im Zeitraum von 1940 bis 1943, Totgeburten auf 100 Geborene, Früh- und Nachsterblichkeit auf 100 Lebendgeborene**

Deutlich zu erkennen ist, dass die Säuglingssterblichkeit im Verlauf relativ konstant war mit maximal ca. 0,6% Schwankung (Höchststand 4,23% nach dem ersten halben Jahr 1941, Tiefststand mit 3,62% im dritten Quartal 1943). Seit Mitte 1941 zeigte sich sogar eine sinkende Tendenz bis in die zweite Hälfte des Jahres 1943. Auffällig ist außerdem, dass die Säuglingssterblichkeit zu einem höheren Anteil von der Nachsterblichkeit als von der Frühsterblichkeit gebildet wurde. Auch die steigende Säuglingssterblichkeit im Jahr 1941 ist, wie deutlich zu erkennen, bei annähernd gleichbleibender Frühsterblichkeit auf einen Anstieg der Nachsterblichkeit zurückzuführen. Die zu ergreifenden Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in den Heimen richteten sich nach diesen Ergebnissen vor allem gegen die Einschleppung und Verbreitung von Infektionserkrankungen und der richtigen Säuglingspflege in den Heimen(50).

Eine zusätzliche Angabe zur Säuglingssterblichkeit in einem ärztlichen Bericht vom 31.12.1939(157) wurde nicht in der Darstellung berücksichtigt. Neben der dort genannten Säuglingssterblichkeit von 3,1% wurden keine absoluten Angaben für Todesfälle oder weitere Aufteilungen in Früh- und Nachsterblichkeit dargestellt, sodass diese Angabe nicht verifiziert werden konnte. Nach Vergleich mit den weiteren

Statistiken zur Säuglingssterblichkeit aus den Folgejahren bis 1943, in denen im Jahr 1942 eine (nachweislich korrekt berechnete) Rate von 3,88% als „tiefster Stand“(138)<sup>89</sup> herausgehoben wird, wurde die Angabe aus dem Jahr 1939 als fehlerhafter Wert eingeordnet.

Die Monatsstatistiken führten, wie bereits ausgeführt, getrennte Sterbefälle bei Kindern und Müttern erst ab Juni 1940 auf. Von diesem Zeitpunkt bis November 1941 konnten 63 kindliche Sterbefälle für die insgesamt vorhandenen 16 monatlichen Aufstellungen ermittelt werden(121,122).<sup>90</sup> Die Säuglingssterblichkeit betrug im zweiten Halbjahr 1940 auf 535 Geburten 5,05% (n kindliche Sterbefälle=27). Für das Jahr 1941 konnten die Daten an kindlichen Todesfällen der Monatsstatistiken zwischen April und November mit denen der Quartalstatistiken (zweites und drittes Quartal) aus diesem Jahr verglichen werden. Auf 469 Geburten<sup>91</sup> zwischen April und November 1941 kamen demnach laut Monatsstatistiken 21 (4,48%)(121,122), laut Quartalstatistiken jedoch lediglich elf kindliche Todesfälle (2,35%)(133,134). Ob es sich in einer der Quellen um einen Fehler handelt oder ob diese deutliche Differenz auf der unterschiedlich gehandhabten Dokumentation von verstorbenen Kindern über einem Jahr basiert, kann nicht abschließend geklärt werden.

In den monatlichen Aufstellungen wurden Totgeburten und kindliche Todesfälle aufgrund von Frühgeburtlichkeit separat geführt. Der Anteil an Totgeburten betrug 1% mit 22 Fällen auf die insgesamt 2200 stattgefundenen Geburten. 0,27% (n=6) verstarben infolge von Frühgeburtlichkeit(121,122). In der vorliegenden Analyse wird dabei angenommen, dass diese Kinder lebendgeboren wurden und erst im weiteren Verlauf verstarben, diese also keine Ursache für die separat genannten Totgeburten darstellen.

In den Quartalstatistiken vom Jahr 1941 wurden Angaben zu kindlichen Sterbefällen gemacht(132–134). Demnach gab es im ersten Quartal vier, im zweiten Quartal fünf und im dritten Quartal 1941 sechs kindliche Todesfälle zu verzeichnen. Die Sterberate lag damit insgesamt bei 2,22% (n=15 auf 677 Geburten). Die Kommentare zu den Statistiken geben zumindest für sieben der insgesamt 15 Todesfälle die Ursachen an:

---

<sup>89</sup> Wörtlich: "Sie [die Säuglingssterblichkeit] hat demnach den bisher tiefsten Stand erreicht." (138)

<sup>90</sup> Dabei ist jedoch keine Einteilung in Früh- und Nachsterblichkeit sowie Sterbefälle von Kindern im Alter von über einem Lebensjahr vorgenommen worden. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass zu diesen Todesfällen auch verstorbene Kinder über einem Lebensjahr gezählt wurden.

<sup>91</sup> Da in den Monatsstatistiken die Geburtenzahlen für den Monat Juli fehlten, wurden die Geburtenzahlen laut Quartalstatistiken übernommen(133,134).

dreimal intrauteriner Fruchttod (0,44%), zwei Frühgeburten (mit einem Geburtsgewicht von 1620 Gramm, verstorben vier Stunden nach der Geburt und ein Zwilling von 1980 Gramm nach Sectio), einmal bei Geburt aus Steißlage und Nabelschnurumschlingung und ein Todesfall bei Übertragung, Rigidität der Weichteile und hoher Zange. In den restlichen Fällen blieb die Ursache unbekannt. Die neun Sterbefälle aus dem ersten und zweiten Quartal verteilten sich auf die Heime wie folgt: drei Todesfälle im Heim Kurmark, drei im Heim Pommern, zwei im Heim Harz und ein Todesfall im Heim Ostmark/Wienerwald. Einer der sechs Todesfälle im dritten Quartal ereignete sich im Heim Hochland, weitere Heimzuteilungen können aufgrund der fehlenden separaten Heimberichte nicht vorgenommen werden.

Für das zweite und dritte Quartal 1943 sind zudem Berichte über kindliche Sterbefälle an Himmler überliefert (158,159). Demnach sind neun Kinder in den Heimen zwischen April bis Oktober 1943 verstorben, davon wurden insgesamt drei in ein Krankenhaus verlegt und verstarben dort. Je zwei Kinder verstarben innerhalb der ersten Lebenswoche an angeborener Lebensschwäche und an Hirnblutung infolge von Geburtstrauma, die anderen fünf Kinder verstarben nach den ersten zehn Lebenstagen. Weitere heimbezogene Statistiken über kindliche Todesfälle und deren Ursachen sind außerdem für das Heim Pommern bis zum Jahresende 1942 zu finden. Die umfangreiche Heimstatistik bis zum 31.12.1942 (135) lieferte einen wertvollen Einblick in die geburtshilfliche Arbeit. Von den bis Ende 1942 829 geborenen Kindern kamen insgesamt neun als Totgeburten auf die Welt (1,09%), davon verstarben bereits vor Geburtsbeginn drei Kinder (Nabelschnurtorsion, Nierenentzündung der Mutter und ein erster Zwilling). Die restlichen Totgeburten waren Frühgeburten von unter 1700 Gramm Geburtsgewicht (n=3) sowie drei weitere, die aus Steiß- bzw. Fußlage totgeboren wurden. Zwei weitere Kinder verstarben aufgrund von Geburtsfolgen (Hirnblutungen, lange Geburtsdauer). Weitere Sterbefälle wurden in dieser Statistik jedoch nicht aufgeführt. Ob dies die einzigen Fälle von Früh- und Nachverstorbenen waren, lässt sich leider aufgrund fehlender weiterer Angaben nur vermuten. Die Frühsterblichkeitsrate läge demnach bei 0,24% (135).

Nach Auswertung der Geburten- und Hebammentagebücher sowie des Sterbebuches des Standesamtes Wernigerode II über das Heim Harz war eine Jahresaufstellung an kindlichen Todesfällen möglich (62,123–126). Tabelle 6 stellt die Anzahl der kindlichen Sterbefälle von 1938 bis 1945 dar, wie sie aus dem Geburtenbuch ausgezählt und durch das Sterbebuch ergänzt worden sind. Die Angaben über die totgeborenen und im

Verlauf verstorbenen Kinder aus den Hebammentagebüchern stimmten mit den Angaben des Geburten- und Sterbebuches überein.

<b>Jahr</b>	<b>Geborene</b>	<b>Totgeburten</b>	<b>postnatal verstorben</b>	<b>davon &lt;1. LW</b>	<b>davon &gt;1. LW</b>
1938	112	0	<b>2</b>	1	1
1939	108	1	<b>8</b>	3	5
1940	147	3	<b>3</b>	1	2
1941	152	4	<b>2</b>	2	
1942	158	2	<b>3</b>	1	2
1943	172	2	<b>3</b>	0	3
1944	184	2	<b>2</b>	2	
1945	63	0	<b>2</b>	1	1
<b>gesamt</b>	<b>1096</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>14</b>

**Tabelle 6: kindliche Todesfälle im Heim Harz von 1938 bis 1945**

Zwischen 1938 und 1945 betrug die Totgeburtenrate demnach 1,28% und die Säuglingssterblichkeit 2,28%, aufgegliedert in die Frühsterblichkeit mit 1,02% und der Nachsterblichkeit mit 1,29%.

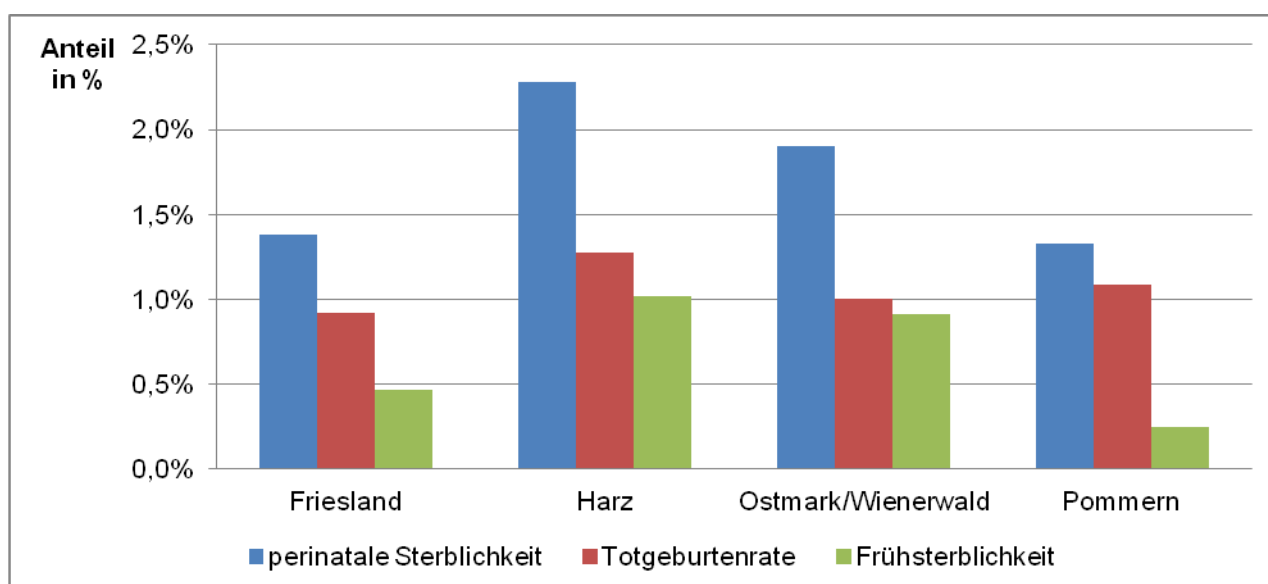
Das Sterbebuch wies zudem eine Meldung einer Totgeburt im Jahr 1937 auf(126). Außerdem wurden im Jahr 1938 vier weitere Totgeburten in Häusern, die dem Komplex des Heimes angehörten, von der Hebamme Ida Matthießen sowie dem Heimarzt Dr. Max Lindemann gemeldet. Diesen Fällen konnte jedoch kein Geburteneintrag im Geburtenbuch des Heimes zugeordnet werden. Außerdem wurde über den Tod von zwei Kindern berichtet, einmal an Hirnblutung infolge einer Zangenentbindung, einmal ohne Angabe einer Ursache, die ebenfalls nicht als Geburten aufgeführt worden waren. Von den 14 Totgeburten zwischen 1938 und 1945 waren bereits drei vor Geburtsbeginn verstorben, drei waren Zwillinge und zwei kamen nach Zangenentbindungen tot auf die Welt. Zusätzlich sind zwei Totgeburten bei Dekapitationen aufgeführt, eine totgeborene Frühgeburt sowie ein Kind mit Hydrocephalus und Spina bifida(62,126). Bei zwei weiteren Totgeburten fehlt eine genaue Ursache.



Im Heim Friesland wurden auf insgesamt 217 Geburten zwei Totgeburten (0,92%) sowie ein Fall von Frühsterblichkeit am zweiten Lebenstag (0,46%) dokumentiert.<sup>92</sup>

Zu den Heimen Kurmark, Taunus und Ostmark/Wienerwald fehlen ebenso weitere Statistiken wie im Falle der mütterlichen Sterbefälle. Allerdings existiert über das Heim Ostmark/Wienerwald eine Statistik, die zur Entbindung des 1000. Lebensbornkindes am 31.08.1943 in diesem Heim verfasst worden ist(63). Daraus ging hervor, dass von 1000 Geborenen zehn totgeboren wurden (1%) und neun innerhalb der ersten zehn Lebenstage verstorben sind (0,91%), woraus eine "ungereinigte(n) perinatale(n) Mortalität"(63)<sup>93</sup> von 1,9% resultiert.

Die perinatale Sterblichkeit, das heißt der Anteil an Totgeburten und der Frühverstorbenen, lässt sich somit zwischen den Heimen Friesland, Harz, Ostmark/Wienerwald und Pommern vergleichen (Abbildung 29).



**Abbildung 29: Perinatale Sterblichkeit, Totgeburtenrate und Frühsterblichkeit in den Heimen Friesland und Harz zwischen 1938 und 1945 sowie Ostmark/Wienerwald (1938 bis 31.08.1943) und Pommern (1938 bis 31.12.1942)**

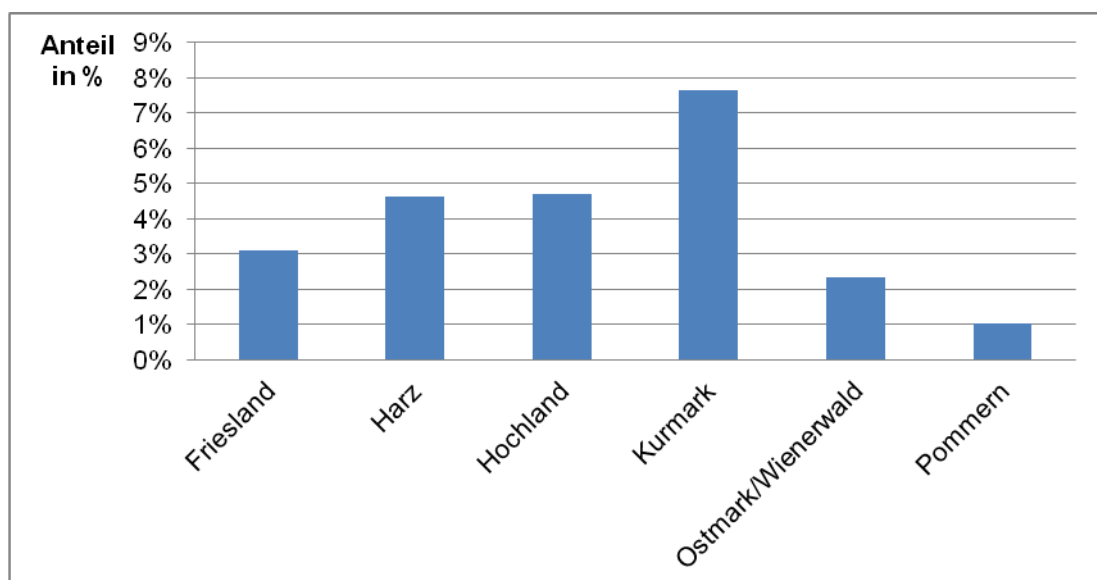
Bei der Betrachtung der Totgeburtenrate und der kindlichen Frühsterblichkeit in den Heimen fällt auf, dass im Heim Pommern der Anteil der Frühverstorbenen mit 0,24% vergleichsweise gering war. Der Hauptanteil der perinatalen Sterblichkeit wurde hier

<sup>92</sup> EMailkontakt mit Hr. H.-W. Liebig, Hohehorst Archiv, am 29.09.2016.

<sup>93</sup> "Ungereinigt" vermutlich deshalb, da die Totgeborenen nicht von der Gesamtanzahl der Geborenen abgezogen wurden. Terminologisch überflüssig, da als "perinatale Mortalität" in der zeitgenössischen Literatur die Totgeburten sowie die Frühverstorbenen bezeichnet wurden.

durch die Totgeburtenrate gebildet, in die auch drei Früchte aufgenommen wurden, die bereits vor Geburtsbeginn intrauterin verstorben waren, das heißt, bei denen jede eingeleitete Entbindungsmaßnahme (höchstwahrscheinlich) zu spät kam. In den Heimen Harz und Ostmark/Wienerwald lagen die Frühsterblichkeit und Totgeburtenrate deutlich näher beieinander, die perinatale Sterblichkeit wurde also ungefähr zu gleichen Teilen von der Frühsterblichkeit und Totgeburtenrate gebildet.

Aus dem Jahr 1940 existiert eine tabellarische Aufstellung über die kindlichen Sterbefälle in den einzelnen Heimen, jedoch ohne Aufteilung in Totgeburten, Früh- und Nachsterblichkeit(160). Die vergleichsweise geringe Sterblichkeitsrate im Heim Pommern bestätigte sich auch anhand der Daten dieser Tabelle im Vergleich zu allen bis dahin eröffneten Heimen. Abbildung 30 verdeutlicht abschließend die Unterschiede der Sterblichkeitsraten in den verschiedenen Lebensbornheimen.



**Abbildung 30: Anteil kindlicher Sterbefälle in den Lebensbornheimen, Stand Juli 1940**

### 3.4 Ergebnisse der geburtshilflichen Maßnahmen und operativen Geburten

Die von Ärzten und Hebammen im Geburtsverlauf durchgeführten Interventionen konnten mithilfe von ärztlichen Berichten, Heimstatistiken sowie im Besonderen unter Zuhilfenahme des Geburtenbuchs und der Hebammentagebücher des Heimes Harz analysiert werden. Im Folgenden wurden lediglich die Geburten betrachtet, bei denen die Indikation einer ärztlichen Intervention bestand. Der Anteil an Spontanpartus ohne ärztlichen Eingriff resultiert dementsprechend aus dem Restanteil. Die Anteile der ärztlichen Maßnahmen wurden dabei meist in Bezug auf die Anzahl der geborenen Kinder berechnet (operative Maßnahmen wie Zangengeburt, Wendungen, Extraktionen, Episiotomien und manuelle Plazentalösungen). Entbindungen per Sectio und Amniotomien wurden jedoch auf die Anzahl der entbundenen Mütter berechnet.

Die Ärzte in den Lebensbornheimen wurden sowohl durch die Dienstanweisung als auch über direkte Anweisungen der beratenden Fachärzte zur Durchführung möglichst nicht-operativer Geburtshilfe angehalten(161), eine künstliche Geburtseinleitung bei Übertragung sollte ebenfalls nicht praktiziert werden(111). Allerdings wurden im Heim Harz laut Geburtenbuch zwei künstliche Geburtseinleitungen in den Jahren 1944 und 1945 durchgeführt. Eine Einleitung davon erfolgte nach vorzeitigem Blasensprung, bei der anderen ist die Indikation unklar(62).

Dass in den Lebensbornheimen Blasensprengungen zur Geburtsbeschleunigung befürwortet wurden, konnte anhand des Schreibens Ebners an den stellvertretenden Heimleiter im Heim Hochland, Dr. Rommel, belegt werden(90). Die heute vorhandenen Statistiken gaben jedoch keine Auskünfte über die Anzahl der durchgeführten Blasensprengungen. Es war lediglich ein Hinweis über vier durchgeführte Blasensprengungen innerhalb eines Monats in einem Heim zu finden (90). Ob es sich dabei um eine einmalig aufgetretene Häufung handelte, kann aufgrund fehlender Aufzeichnungen nicht abschließend geklärt werden. Im Heim Harz wurde im Geburtenbuch zweimal (0,18%) eine Blasensprengung dokumentiert, je eine 1939 und 1942(62). Laut Hebammentagebüchern wurden jedoch im Jahr 1942 drei (1,91%) und 1943 eine Blasensprengung durchgeführt(123,124).

Im ärztlichen Bericht über die Lebensbornarbeit bis zum 31.12.1939(137) erfolgte eine kurze Aufstellung über die ärztlichen Interventionen bei den insgesamt 1360

stattgefundenen Entbindungen.<sup>94</sup> Demnach wurden bei 56 Entbindungen ärztliche Eingriffe nötig (4,08%), davon 44 Zangenentbindungen (3,21%), sechsmal eine Wendung (0,44%) und in sechs Fällen ein Kaiserschnitt (0,44%). Ein weiterer ärztlicher Jahresabschlussbericht gab analog dazu Angaben über die Entbindungen von Vereinsgründung bis Jahresende 1940 wieder(65).<sup>95</sup> Bis zum 31.12.1940 fanden demnach insgesamt 2388 Entbindungen statt, bei denen 2408 Kinder geboren wurden. Es wurden 79 Zangengeburten verzeichnet, elf Wendungen sowie acht Kaiserschnitte. Unter Zuhilfenahme dieser Berichte über die Lebensbornarbeit im Verlauf von vier bzw. fünf Jahren konnte der Anteil an ärztlichen Maßnahmen in den Lebensbornheimen für das Jahr 1940 aufgestellt werden. Insgesamt wurden im Jahr 1940 1037 Kinder geboren, bei denen es in 3,38% der Fälle zu einer Zangenentbindung kam (n=35) und in 0,48% eine Wendung (n=5) durchgeführt wurde. Es wurde dabei nicht genau beschrieben, ob die Wendung eine Schädellage herstellen oder als Vorbereitung auf eine sog. ganze Extraktion aus Beckenendlage dienen sollte. Für das Jahr 1940 konnte eine Sectiorate von 0,19% (n=2 auf 1028 Entbindungen) berechnet werden. Aus dem Anschreiben der vierteljährlichen Heimstatistiken über das dritte Quartal 1940 konnte geschlossen werden, dass im Heim Ostmark/Wienerwald allein in diesem Quartal zwei Kaiserschnittgeburten erfolgreich durchgeführt wurden(162). Der Annahme folgend, dass es insgesamt im Jahr 1940 nur zwei Schnittentbindungen gegeben hat, dürfte es demnach zu keiner weiteren Sectio in einem der Lebensbornheime 1940 gekommen sein.

In einem Schreiben Ebners zum Jahresbeginn 1943 über die Tätigkeit der Lebensbornärzte wurden als operative Eingriffe Episiotomien, Dammnähte, Zangen und Wendungen definiert(57). In den Vierteljahresstatistiken aus den Jahren 1940 und 1941 erfolgten die Angaben über Episiotomien und "operative Geburten" in den Lebensbornheimen jedoch separat(131–134). In den Kommentaren wurde außerdem explizit darauf hingewiesen, dass Wendungen und Steißlagen, "die unerlässlich und unabhängig von der Indikations-Stellung des Arztes sind"(131), nicht in der Rubrik "operative Geburten" einberechnet seien. Für die Analyse der Quartalstatistiken ergab

---

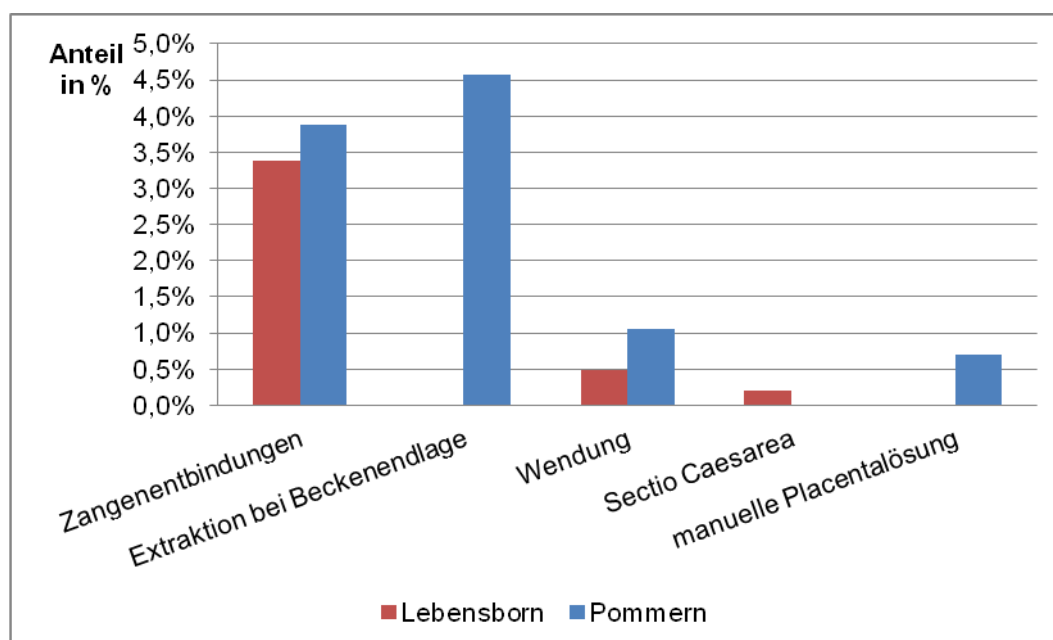
<sup>94</sup> Von diesen 1360 Entbindungen waren elf Zwillingsgeburten, demnach kamen 1371 Kinder auf die Welt. In der Statistik wurden die Anteile der ärztlichen Maßnahmen auf die Entbindungen berechnet. Für die weitere Analyse erfolgte eine Anpassung der Berechnung der Forceps- und Wendungsrate bezogen auf die Anzahl der geborenen Kinder.

<sup>95</sup> In diesem Bericht wurden die Angaben der ärztlichen Interventionen auf die Anzahl der geborenen Kinder (hier gleichgesetzt mit Geburten) bezogen.

sich die Schwierigkeit, dass keine Einzelstatistiken über die Untergruppen der "operativen Geburten" in den Heimen vorliegen und diese somit nur als gesamte Gruppe ausgewertet werden konnten. Außerdem kam hinzu, dass die heimeigenen Geburtenauswertungen trotz der vorgegebenen Einteilung offensichtlich nicht einheitlich erfolgten. So wies Dr. Mackenrodt im Anschreiben seiner Auswertung der Vierteljahresstatistik von April bis Juni 1943 darauf hin, dass im Heim Hochland vier Credé-Handgriffe zu den "operativen Geburten" mitgezählt wurden, wodurch seiner Meinung nach die Anzahl "unnötig erhöht"(98) werde.

Der Anteil an operativen Geburten betrug in allen betrachteten Quartalen (erstes Quartal 1940 sowie erstes bis drittes Quartal 1941) durchschnittlich unter 5%, mit der höchsten Rate von 4,68% im zweiten Quartal 1941 und der niedrigsten mit 1,71% im darauffolgenden Quartal(131–134). Auffällig bei der Betrachtung der heimspezifischen Raten an operativen Geburten ist, dass das Heim Pommern in jedem Quartal die höchste Rate zu verzeichnen hatte. Im zweiten Quartal 1941 fielen von den insgesamt elf Fällen operativer Geburten ganze sechs auf das Heim Pommern. Das Heim Pommern hatte im Durchschnitt aller betrachteten Quartale eine mindestens doppelt so hohe Rate wie die anderen Heime, 8,44% gegenüber der zweithöchsten durchschnittlichen Rate von 3,96% im Heim Harz.

In Abbildung 31 sind vergleichend die Häufigkeiten der angewandten ärztlichen Interventionen (exklusive Episiotomien, da diese im Folgenden separat dargestellt werden) im Lebensborndurchschnitt sowie im Heim Pommern dargestellt. Dabei wurden die Angaben für die gesamte Lebensbornarbeit durch die Differenz der Lebensbornberichte vom Jahresende 1939(137) und Jahresende 1940(65) berechnet. Die dargestellten geburtshilflichen Ergebnisse des Heimes Pommern ergaben sich dementsprechend aus der Differenz der Heimstatistiken seit Gründung des Heimes bis 01.09.1941(150) und zum Jahresende 1942(135). Damit konnten Angaben über den 16-monatigen Zeitraum von September 1941 bis Dezember 1942 gemacht werden.



**Abbildung 31: Häufigkeit ärztlicher Interventionen im Lebensborn insgesamt im Jahr 1940 (12 Monate) und im Heim Pommern zwischen September 1941 bis Dezember 1942 (16 Monate)**

Während in der Lebensbornstatistik lediglich Angaben über die Anzahl an Forcepsentbindungen, Wendungen<sup>96</sup> und Schnittentbindungen gemacht wurden, ließen sich für das Heim Pommern umfangreichere Ergebnisse auswerten. Mit einer Häufigkeit von 4,58% (n=13) stellte dort die Extraktion bei Beckenendlage die häufigste der hier genannten geburtshilflichen Maßnahmen dar. Am zweithäufigsten im Heim Pommern und am häufigsten im Lebensborndurchschnitt kam es zum Einsatz der Zange (Pommern 3,87% und Lebensborndurchschnitt 3,38%). In 1,06% der Entbindungen (n=3) im Heim Pommern wurde eine Wendung durchgeführt, der Lebensborndurchschnitt im Jahr 1940 lag bei 0,48%. Eine manuelle Plazentalösung wurde im Heim Pommern bei zwei Frauen durchgeführt (0,70%). In den Lebensbornstatistiken wurden offensichtlich manuelle Plazentalösungen nicht statistisch ausgewertet. Eine Sectio wurde im betrachteten Zeitraum im Heim Pommern nicht durchgeführt, die Lebensbornstatistiken ergaben für das Jahr 1940 zwei durchgeführte Sectiones (0,19% der Entbindungen). Die Ergebnisse der Quartalstatistiken über die Rate an "operativen Geburten" insgesamt konnten durch diese Darstellung der Rate einzelner operativer Maßnahmen im Heim Pommern im Vergleich zum Lebensborndurchschnitt bestätigt werden. Im Heim Pommern wurden verhältnismäßig viele operative Geburten beendet.

<sup>96</sup> Hierbei ist keine Unterscheidung zwischen äußerer und innerer Wendung erfolgt.

Insgesamt wurden nach der Statistik über das Heim Pommern von 1938 bis 1942(135) von 829 geborenen Kindern 50mal eine Entbindung mittels Zange durchgeführt, das heißt in 6,03% der Fälle. In 24 Fällen davon (48%) wurde die Indikation aufgrund einer Komplikation bei der Mutter gestellt, dabei die Hälfte aufgrund von Erschöpfung der Mutter, in 16,67% bei 37- bis 40-jährigen Erstgebärenden und je 8,33% wegen Fieber unter der Geburt sowie Präeklampsie. Je einmal war die Zangenentbindung aufgrund einer großen Blutung in eine Schamlippe, wegen vorausgegangener Dammplastik, wegen vorspringenden Steißbeines und wegen eines mütterlichen Herzfehlers indiziert (je 4,17%). Kindliche Indikationen zur Durchführung einer Zangenentbindung (n=26) waren vor allem wechselnde kindliche Herztöne (42,3%), tiefer Querstand (34,62%), Vorderhauptslage (19,23%) sowie Übertragung (3,85%). Die Mortalität der Kinder, die mittels Zange entwickelt wurden, betrug 0%. Demgegenüber ging aus dem Anschreiben der Heimberichte über das vierte Quartal 1941 hervor, dass es in diesem Zeitraum im Heim Kurmark zu drei Totgeburten bei Zangengeburten gekommen ist.

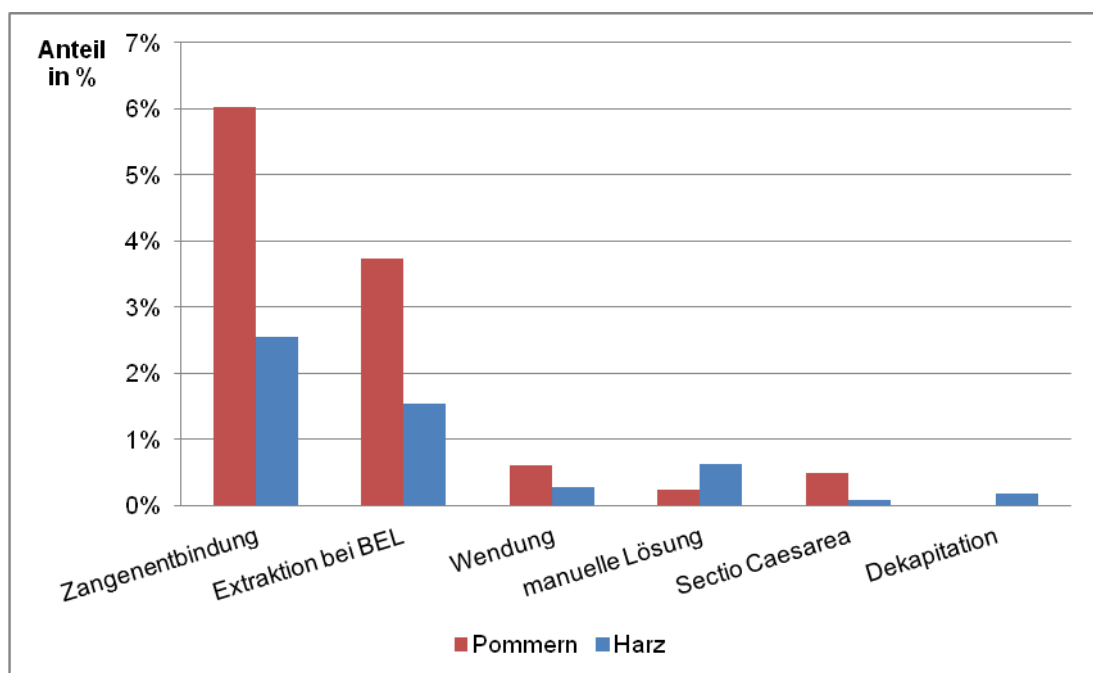
Die Pommernstatistik bis zum 31.12.1942 verzeichnete außerdem 31 Extraktionen bei Beckenendlage, das entspricht 3,74%, fünf Wendungen (0,60%) sowie vier Sectiones caesareae (0,49%), von denen dreimalig die Indikation wegen engen Beckens und einmalig wegen Nabelschnurvorfalles bei einer Zwillingschwangerschaft gestellt wurde. Im Heim Harz mit insgesamt 1096 geborenen Kindern kam es zwischen 1938 und 1945 zu 29 Zangengeburten, das heißt in 2,65% der Geburten. Alle Zangenentbindungen wurden bei Erstgebärenden durchgeführt, 20 davon waren unter 30 Jahre alt, sechs Frauen waren 30 Jahre und älter, bei drei Frauen fehlte die Altersangabe(62). In den Hebammentagebüchern wurden im Gegensatz zum Geburtenbuch für das Jahr 1942 lediglich zwei Zangengeburten (laut Geburtenbuch n=3) und für das Jahr 1943 keine (laut Geburtenbuch n=2) Zangengeburt verzeichnet(123,124). Insgesamt wurde 17-mal eine Extraktion im Heim Harz durchgeführt,<sup>97</sup> das sind 1,55% der geborenen Kinder, Wendungen erfolgten in 0,27% (n=3). Einmal (0,09%) wurde eine Sectio im Heim selbst durchgeführt bei einer Frau mit plattem Becken. Auffällig ist, dass im Jahr 1941 die Anzahl der dokumentierten geburtshilflichen Maßnahmen die der anderen Jahre überstieg, während die maternalen und kindlichen Komplikationen auffallend wenig dokumentiert wurden (s.o.)(62). Die häufig durchgeführten operativen Maßnahmen waren jedoch zahlenmäßig immer noch zu gering, um die im Gegensatz dazu deutlich

<sup>97</sup> Hierunter wurden die Eintragungen von "Entwicklung der BEL" zusammengefasst. Manualhilfen wie Entwicklung nach Bracht und Veit-Smellie wurden explizit als solche aufgeführt.

niedrigeren Raten an Komplikationen (besonders Nabelschnurumschlingungen) zu erklären.

Auch die Angaben über Extraktionen weichen in den Hebammentagebüchern der Jahre 1942 und 1943 von den Einträgen im Geburtenbuch stark ab. So sind laut Hebammentagebuch im Jahr 1942 fünf Extraktionen gegenüber drei laut Geburtenbuch durchgeführt worden, im Jahr 1943 laut Hebammentagebuch drei gegenüber null Extraktionen laut Geburtenbuch. Allerdings ist es möglich, dass im Geburtenbuch nicht alle Fälle von Extraktionen bei Kindern in BEL als solche dokumentiert wurden, wodurch derartige Unterschiede zu erklären wären.

Abbildung 32 stellt die geburtshilflichen Maßnahmen zweier Heime gegenüber, für das Heim Pommern im Zeitraum zwischen 1938 bis 1942(135), für das Heim Harz zwischen 1938 bis 1945(62).



**Abbildung 32: geburtshilfliche Maßnahmen in den Heimen Pommern (1938 bis 1942) und Harz (1938 bis 1945)**

Im Vergleich der Heime Pommern und Harz zeigt sich, dass im Heim Harz die Rate an Zangengeburt mit 2,55% von 1938 bis 1945 nicht einmal halb so groß war wie im Heim Pommern bis Jahresende 1942. Insgesamt war die Rate an operativen



Geburten<sup>98</sup> im Heim Pommern mit 10,86% doppelt so hoch wie im Heim Harz mit 4,38%.

Über die durchgeführten Sectiones in den Lebensbornheimen liegen Angaben nur in spärlichem Umfang vor. Anhand von Berichten über die Heime konnte festgehalten werden, dass Sectiones durchaus stattgefunden haben. Allerdings liegen keine Operationsberichte über die Durchführung vor. Bis Jahresende 1940 wurden in den Lebensbornheimen acht Schnittenbindungen durchgeführt, das heißt 0,34%(137). Laut Anweisung der Fachberater sollten Schwangere für „schwerere(n)“(57) operative Eingriffe in das nächste Krankenhaus verlegt werden. Ob es sich bei den in den Heimen durchgeführten Schnittenbindungen ausschließlich um Notsectiones handelte, kann nicht mit vollkommener Sicherheit festgestellt werden. Umso bemerkenswerter wäre in diesem Fall, dass die zwei im Heim Ostmark/Wienerwald durchgeführten Sectiones aus dem dritten Quartal 1940, die aufgrund der Distanz zur nächsten Stadt im Heim selbst erfolgten, erfolgreich und komplikationslos verliefen(162).

Während in keiner allgemeinen Lebensbornstatistik die Durchführung von zerstückelnden Operationen des (meist intrauterin verstorbenen) Kindes zur Rettung des mütterlichen Lebens aufgeführt wurde, ließen sich aus dem Geburtenbuch des Heimes Harz mit je einer durchgeführten Dekapitation in den Jahren 1941 und 1944 mindestens zwei Fälle erheben, die Rate lag damit bei 0,18%. Im Jahr 1944 befand sich das Kind in Steißlage und war bereits vor Geburtsbeginn verstorben(62).

Manuelle Plazentalösungen wurden im Heim Harz siebenmal,<sup>99</sup> das heißt bei 0,64% der Geburten notwendig, im Heim Pommern nur zweimal bis 1942, demnach bei 0,24% der Geburten(135). Im Hebammentagebuch aus dem Jahr 1943 wurden drei manuelle Lösungen durchgeführt, einmal davon bei Placenta accreta(123). Bei einer Geburt wurde in der Spalte über Regelwidrigkeiten bzw. innere Untersuchung eine "Plazentalösung" notiert, die in der Spalte über die angewandten Kunsthilfen als "manuelle Lösung" spezifiziert wurde, wodurch die oben gemachte Vermutung, dass es sich bei den Einträgen über "Plazentalösungen" um manuelle Lösungen handelte, unterstützt wird.

---

<sup>98</sup> Hier sind unter "operativen Geburten" Zangenentbindungen, Extraktionen, Wendungen und Sectiones zusammengefasst.

<sup>99</sup> Die Bezeichnungen "Plazentalösungen" (n=3) im Jahr 1943 wurden hier als manuelle Plazentalösungen gewertet.

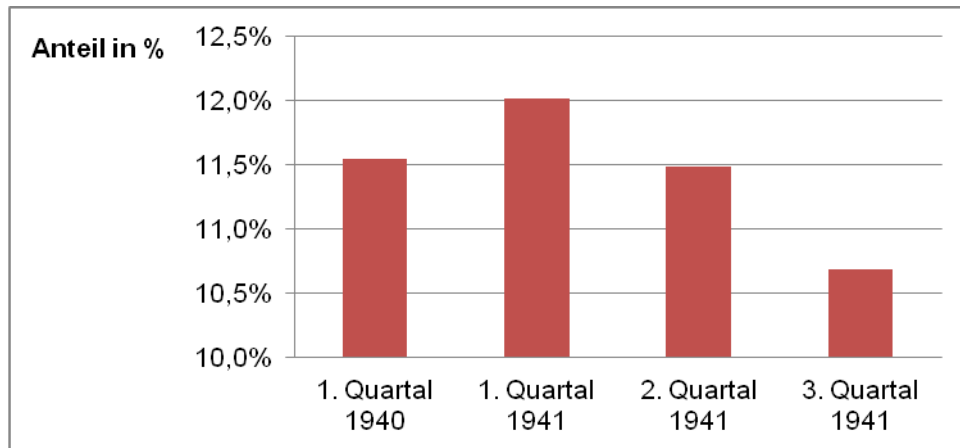
Die überlieferten Lebensbornstatistiken führten keine statistischen Aufstellungen über die Anzahl durchgeführter Manualhilfen zur Unterstützung der Kindsentwicklung, sodass diese Gruppe geburtshilflicher Maßnahmen in der Auswertung ausgeklammert werden musste. Es konnte jedoch festgehalten werden, dass im Heim Harz mindestens einmal der Kristeller-Handgriff zur Beschleunigung der Austreibung des Kindes angewandt wurde, dreimal ein Kind aus Beckenendlage mithilfe des Veit-Smellie-Handgriffs, zweimal mittels Manualhilfe nach Bracht entwickelt wurde sowie zweimal ein Credé-Handgriff in der Nachgeburtsperiode angewandt wurde(62). Im Hebammentagebuch wurden hingegen für die Jahre 1942 und 1943 insgesamt sechsmal die Anwendung des Kristeller-Handgriffs zur Geburtsunterstützung (Geburtenbuch einmal) und einmal die Anwendung des Credé-Handgriffs zur Plazentalösung (Geburtenbuch in diesem Zeitraum keinmal) notiert(123,124).

Die Durchführung von Episiotomien wurde in den Lebensbornheimen befürwortet. Der beratende Facharzt für Frauenheilkunde, Prof. Dr. Mackenrodt, führte dazu in einem Anschreiben der vierteljährlichen Auswertungen der Heimberichte für das zweite Quartal 1943<sup>100</sup> aus, es sei "geburtshilflich besser, bei schwierigem Damm die glatte Episiotomie als den zerfetzten Riss zu nehmen"(98). Allerdings wurde dennoch eine strenge Indikationsstellung durch den Heimarzt gefordert, wie aus einem Schreiben an den stellvertretenden Leiter des Heimes Ostmark/Wienerwald vom 07. Juli 1939(163) ersichtlich wurde. Dort kam es allein im Juni 1939 bei insgesamt 19 Entbindungen zu fünf Episiotomien (26,32%). Für die ärztliche Leitung des Lebensborn stellte dies einen zu großen Anteil dar, weshalb eine strengere Indikationsstellung gefordert wurde.

Die Häufigkeit an Episiotomien insgesamt in den Lebensbornheimen pro Quartal (erstes Quartal 1940 und erstes bis drittes Quartal 1941) ist in Abbildung 33 dargestellt. Dabei wiesen die prozentualen Angaben nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Quartalen auf, die größte Differenz lag zwischen dem ersten (12,02%) und dem dritten Quartal (10,68%) des Jahres 1941(131–134).

---

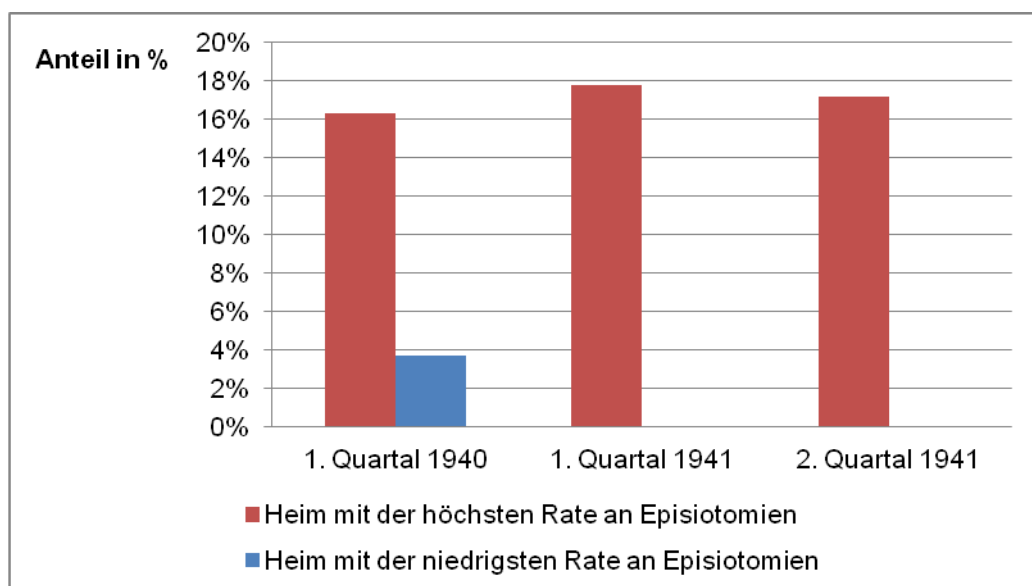
<sup>100</sup> Von diesen Quartalstatistiken ist nur das Anschreiben im ITS Bad Arolsen vorliegend, die Statistiken selbst fehlen.



**Abbildung 33: Häufigkeit an Episiotomien in den Lebensbornheimen pro Quartal**

Unter Berücksichtigung des Schreibens über die gehäufte Durchführung von Episiotomien im Heim Ostmark/Wienerwald 1939 erschien eine genauere Betrachtung der Häufigkeitsverteilung von Episiotomien auf die einzelnen Heime sinnvoll.

Abbildung 34 zeigt die Graphen für die Heime mit der höchsten und der niedrigsten Rate an Episiotomien in den genannten Quartalen.

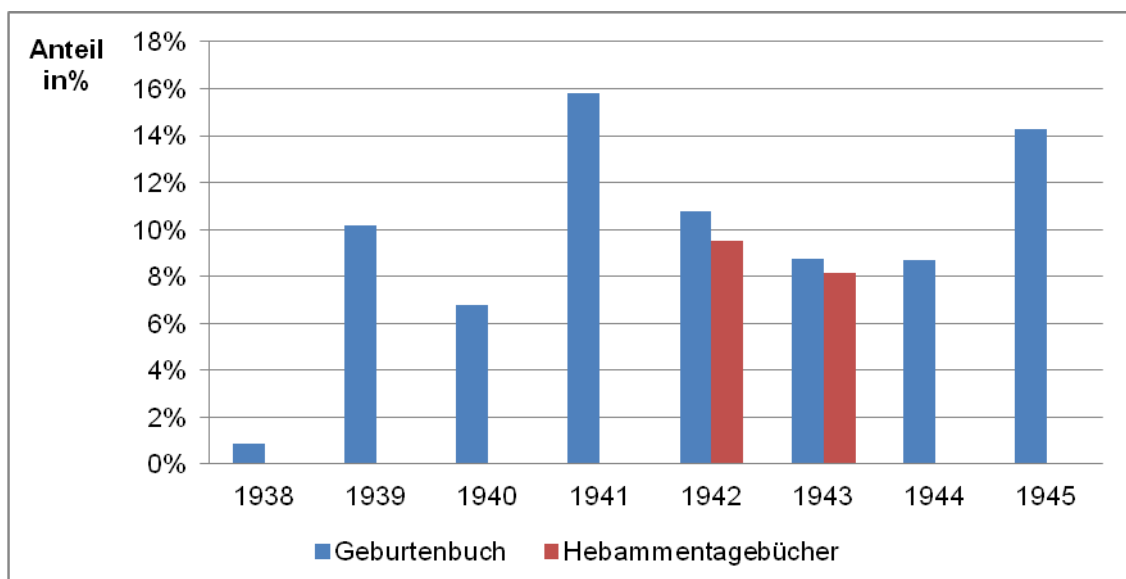


**Abbildung 34: Häufigkeit an Episiotomien in einzelnen Heimen des Lebensborn pro Quartal**

In dieser Darstellung werden die Unterschiede zwischen den Heimen besonders deutlich. Im ersten Quartal des Jahres 1940 wurden im Heim Ostmark/Wienerwald mit 16,33% die meisten Episiotomien bezogen auf die stattgefundenen Geburten durchgeführt, im Heim Kurmark dagegen nur bei 3,7% der Geburten. In den ersten beiden Quartalen des Jahres 1941 wurden im Heim Ostmark/Wienerwald deutlich

weniger Episiotomien verzeichnet, nämlich lediglich 8,51% (damit deutlich unter dem Lebensborndurchschnitt von 12,02% in diesem Quartal) im ersten und 12,77% im zweiten Quartal (Lebensborndurchschnitt 11,49%). Dagegen wurden im ersten halben Jahr 1941 vermehrt Episiotomien im Heim Pommern durchgeführt. Dort entschied man sich im ersten Quartal in 17,78% der Geburten, im zweiten Quartal in 17,19% der Geburten zu einer Episiotomie. Interessant ist die Häufigkeitsverteilung im Heim Hochland. Im ersten Quartal 1940 wurden mit 14,29% überdurchschnittlich viele Episiotomien durchgeführt. In der ersten Hälfte 1941 wurde allerdings keine einzige Episiotomie bei insgesamt immerhin 74 Geburten verzeichnet. Im dritten Quartal 1941 wurde bei drei Geburten von 33 (9,09%) eine Episiotomie geschnitten. Damit lag der Anteil an Episiotomien im Heim Hochland für dieses Quartal wiederum nah am Durchschnitt von 10,68%.

Für das Heim Harz konnte auf Basis der Auszählung des Geburtenbuchs und der Hebammentagebücher eine Aufstellung über die Jahre 1938 bis 1945 erfolgen (Abbildung 35)(62,123,124). Für das Jahr 1938 ergab sich analog zur Beobachtung der Geburtskomplikationen das Problem bzw. die Annahme, dass nicht alle Fälle aufgezeichnet wurden. Für die Jahre 1942 und 1943 ist der (im Vergleich zu den Angaben aus dem Geburtenbuch minimal abweichende) Anteil an Episiotomien in separaten Balken dargestellt.

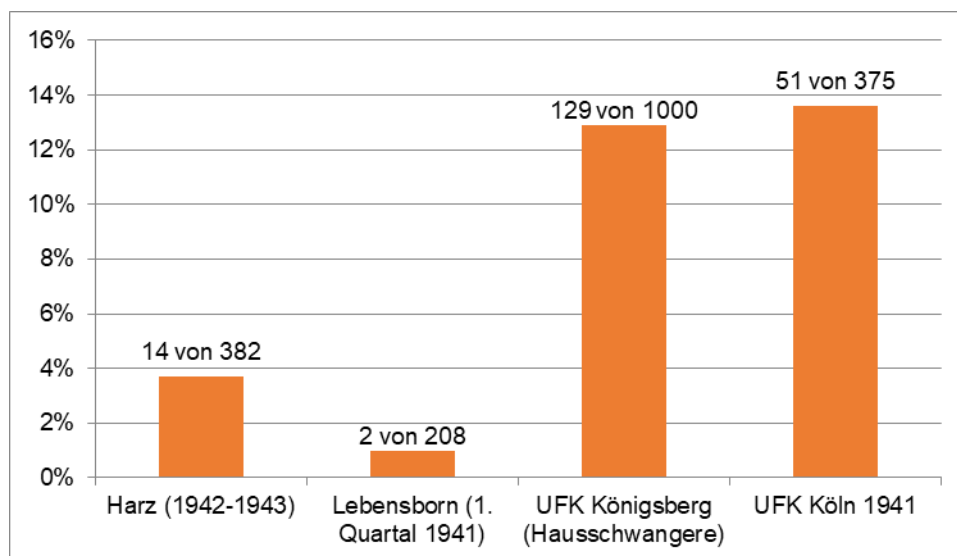


**Abbildung 35: Häufigkeit an Episiotomien im Heim Harz im Zeitraum von 1938 bis 1945**

Die höchste Rate an Episiotomien wurde im Jahr 1941 verzeichnet mit 24 Episiotomien auf 152 Geburten (15,79%). Unterstützt wird diese Angabe durch eines der Hebammentagebücher, in welchem für den Zeitraum vom 13.10.1941 bis zum Jahresende immerhin sieben Episiotomien verzeichnet wurden. Wenn man das Jahr 1938 aus der Analyse ausklammert, wurden die wenigsten Episiotomien im Jahr 1940 durchgeführt mit nur 6,8% (n=10) auf 147 Geburten. Die Episiotomierate sank in den Jahren 1942 bis 1944 bei gleichzeitig steigenden Geburtenanzahlen (184 im Jahr 1944 im Vergleich zu 152 im Jahr 1941). Eine ähnliche Beobachtung wurde bei der Häufigkeit an Dammrissen gemacht. In den Hebammentagebüchern waren im Jahr 1942 zwei Episiotomien weniger als im Geburtenbuch, im Jahr 1943 eine Episiotomie weniger eingetragen. Insgesamt wurden bei (mindestens) 103 der insgesamt 1096 Geburten zwischen 1938 bis 1945 Episiotomien durchgeführt, was einem Prozentsatz von 9,4% entspricht.

### 3.5 Vergleichende Statistik

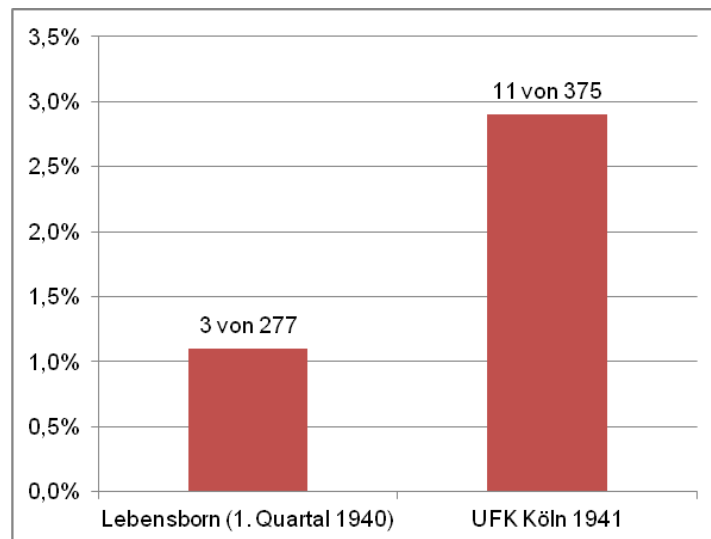
Für die Rubrik Wochenbettfieber ließen sich Vergleichsdaten der Universitätsfrauenklinik (UFK) Köln sowie über Hausschwangere an der Universitätsfrauenklinik Königsberg erheben. Abbildung 36 stellt die Raten an Wochenbettfieber in den Untersuchungsgruppen dar.



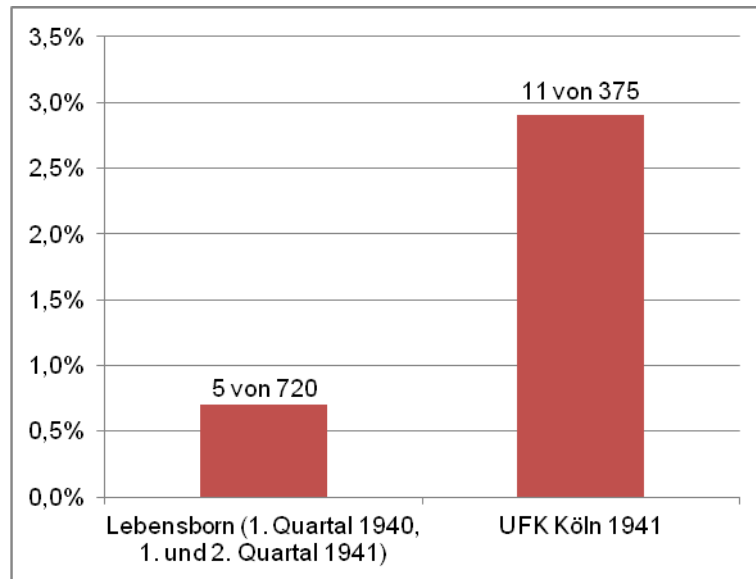
**Abbildung 36: Rate an Wochenbettfieber im Heim Harz (1942-1943), Lebensborn gesamt (1. Quartal 1941), an der UFK Königsberg (1000 Hausschwangere) sowie der UFK Köln (1941)**

Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigte mit einer hohen Signifikanz ( $p < 0,001$ ) Unterschiede der Rate an Wochenbettfieber in den untersuchten Gruppen an. Im paarweisen Vergleich konnte jeweils für die Quartalstatistik über die Lebensbornheime insgesamt sowie über die Hebammentagebücher des Heimes Harz (Jahre 1942 und 1943) eine signifikant geringere Rate an Wochenbettfieber in den Lebensbornheimen als in den Universitätsfrauenkliniken Köln und Königsberg ermittelt werden (jeweils  $p < 0,001$ ).

Die Häufigkeitsverteilungen an Thrombosen im Wochenbett in den Lebensbornheimen nach Auswertung der Quartalstatistiken sowie an der UFK Köln für das Jahr 1941 sind in den Abbildungen 37 (betrachtetes Quartal der Lebensbornstatistiken mit der höchsten Fallzahl an Thrombosen,  $n=3$ ) und 38 (drei betrachtete Quartale der Lebensbornstatistiken) dargestellt.



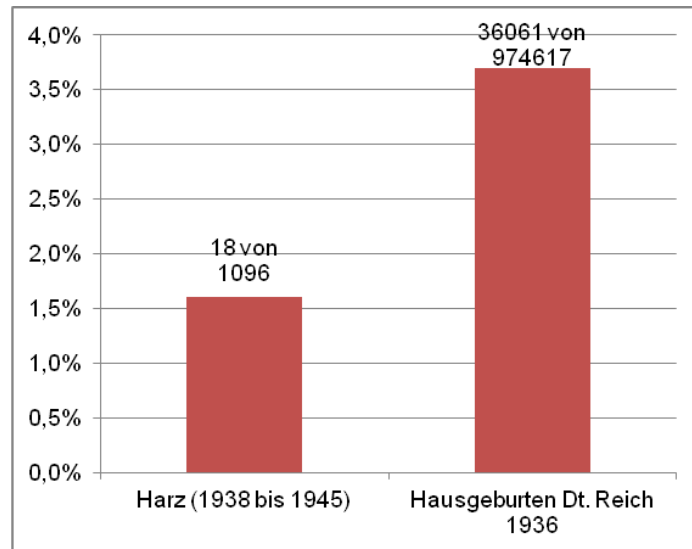
**Abbildung 37: Thromboseraten in den Lebensbornheimen (erstes Quartal 1940) und an der UFK Köln 1941**



**Abbildung 38: Thromboseraten in den Lebensbornheimen (erstes Quartal 1940, erstes und zweites Quartal 1941) und an der UFK Köln 1941**

Über den exakten Test nach Fisher stellte sich unter Betrachtung der Quartalstatistik des Lebensborn im ersten Quartal 1940 kein signifikanter Unterschied zu den Daten der UFK Köln dar ( $p=0,17$ ). Unter Einberechnung der drei verfügbaren Quartalstatistiken, die Angaben über die Thromboserate in den Lebensbornheimen führten, ergab sich eine signifikant geringere Rate an Thrombosen im Wochenbett ( $p=0,006$ ).

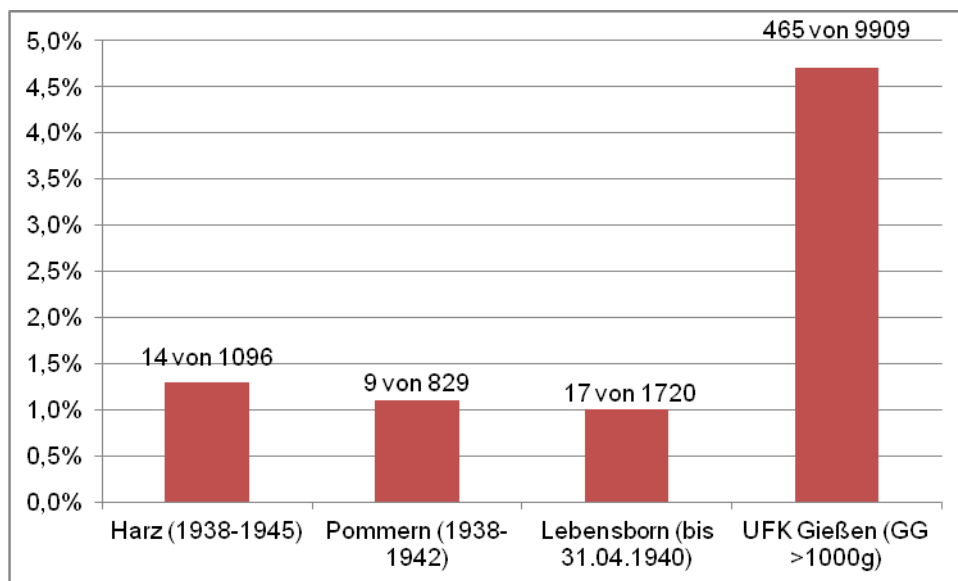
Die Frühgeburtenrate im Heim Harz und bei Hausgeburten im Deutschen Reich im Jahr 1936 wurde im exakten Test nach Fisher auf statistische Signifikanz untersucht (Abbildung 39). Die Rate im Heim Harz war dabei signifikant geringer als bei Hausgeburten im Deutschen Reich 1936 ( $p<0,001$ ).



**Abbildung 39: Frühgeburtenraten im Lebensbornheim Harz (1938 bis 1945) und bei Hausgeburten im Deutschen Reich im Jahr 1936**

Für andere Vergleichsgruppen wurden keine statistischen Testungen zur Untersuchung der Frühgeburtenrate vorgenommen, da die Frühgeburtenrate dort deutlich höher lag und ein statistischer Vergleich nicht notwendig war (siehe Kapitel 4.3.2).

Die Häufigkeitsverteilung der Totgeburten in den Lebensbornheimen Harz und Pommern sowie im Lebensborn insgesamt sind im Vergleich mit Daten an der UFK Gießen (dort nur Totgeborene mit einem Geburtsgewicht von >1000g) in Abbildung 40 dargestellt.

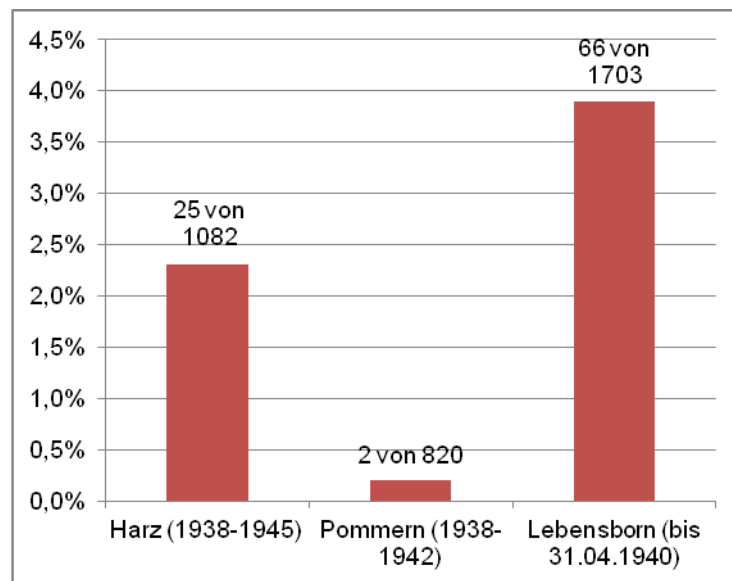


**Abbildung 40: Totgeburtenraten in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942), Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940) sowie der UFK Gießen (1918 bis 1936)**



Der Chi<sup>2</sup>-Test lehnt die Nullhypothese, dass alle Untersuchungsgruppen identisch sind, deutlich ab ( $p < 0,001$ ). Im paarweisen Vergleich ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Lebensbornheimen und den Gesamtdaten des Lebensborn feststellen ( $p > 0,1$ ), während jedoch die Daten an der UFK Gießen zu allen anderen Beobachtungsgruppen eine statistisch signifikant höhere Totgeburtenrate ergaben ( $p < 0,001$ ).

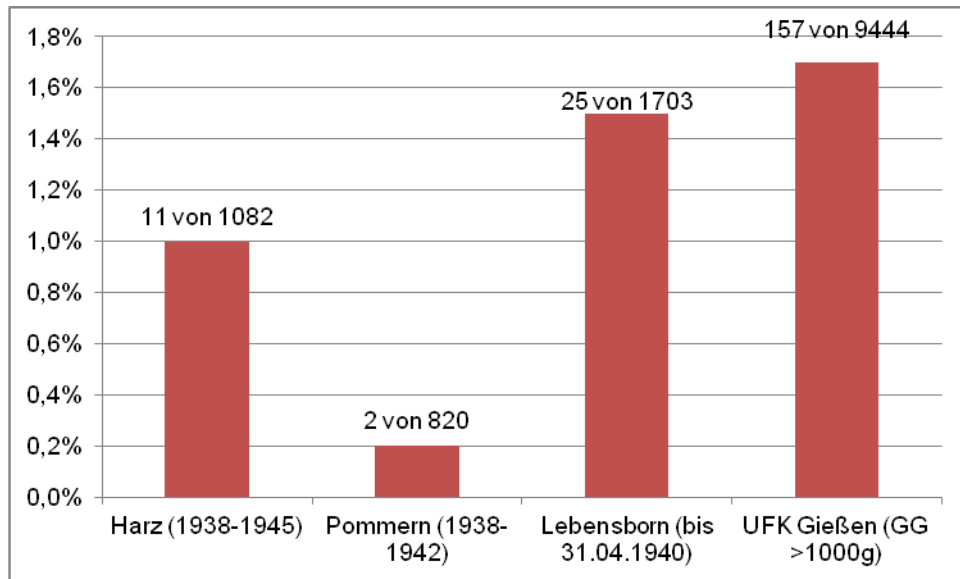
Die Raten an insgesamt postnatal verstorbenen Kindern sind in Abbildung 41 wiedergegeben.



**Abbildung 41: Raten an insgesamt postnatal verstorbenen Kindern in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942) sowie im Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940)**

Der Chi<sup>2</sup>-Test lehnte auch hier die Nullhypothese ab, sodass ein Paarvergleich der einzelnen Gruppen über den exakten Test nach Fisher durchgeführt wurde. Dabei konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden zwischen dem Heim Harz und den Gesamtdaten des Lebensborn ( $p = 0,028$ ). Im Vergleich zwischen Pommern und dem Lebensborn insgesamt ergab sich eine deutlich signifikant geringere postnatale Sterberate ( $p < 0,001$ ) im Heim Pommern.

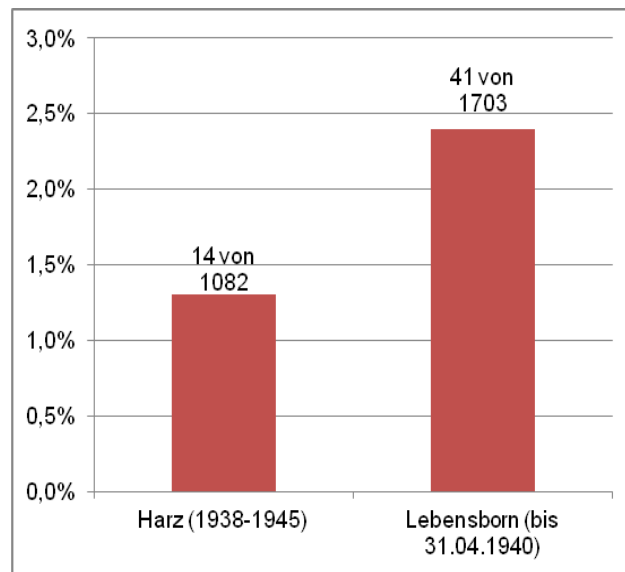
Der Chi<sup>2</sup>-Test bestätigte deutliche Unterschiede der Frühsterblichkeitsrate mit einer Signifikanz von  $p = 0,007$  im Vergleich zwischen den Heimen Harz, Pommern, den Lebensbornheimen insgesamt sowie der UFK Gießen (Abbildung 42).



**Abbildung 42: Frühsterblichkeitsraten in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942) sowie im Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940) sowie an der UFK Gießen (1918 bis 1936)**

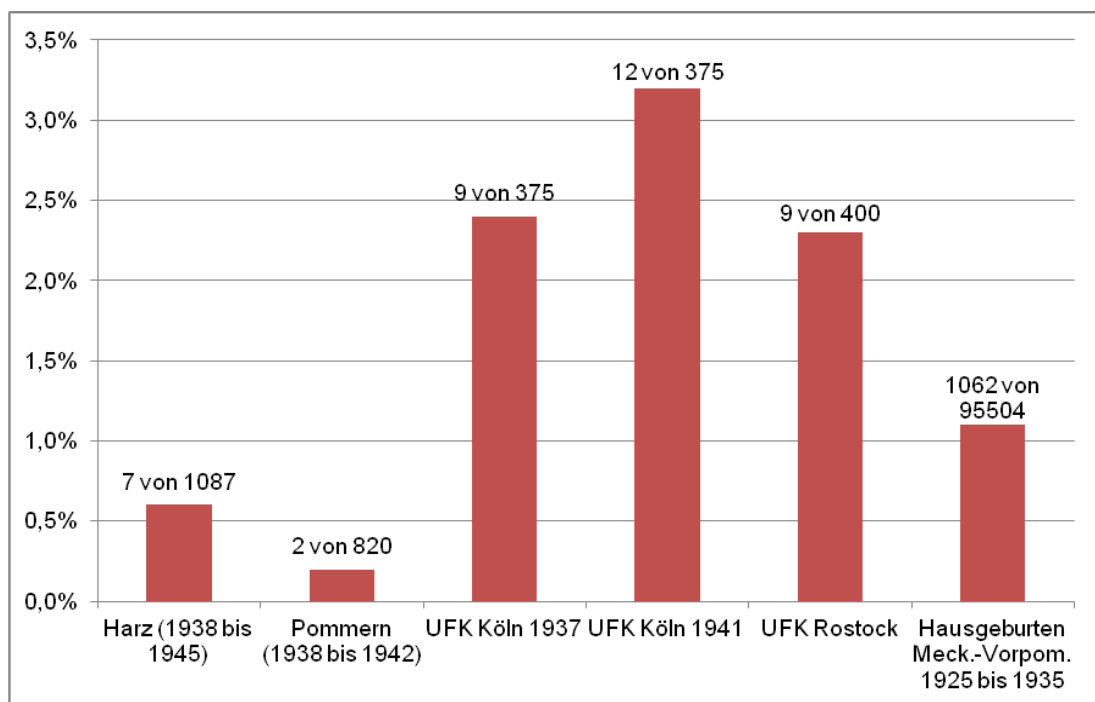
In Paarvergleichen unterschied sich das Heim Pommern von allen drei Gruppen und zeigte eine signifikant geringere Frühsterblichkeitsrate (zu Harz  $p=0,049$ ; zum Lebensborn insgesamt  $p=0,003$ ; zur UFK Gießen  $p<0,001$ ). Die anderen Gruppen zeigten keine signifikanten Unterschiede im gegenseitigen Vergleich ( $p>0,1$ ).

Für die Untersuchung der Nachsterblichkeitsrate wurde der exakte Test nach Fisher angewandt (Abbildung 43). Es ergab sich eine signifikant geringere Nachsterblichkeit im Heim Harz im Vergleich zum Lebensborn insgesamt ( $p=0,036$ ).



**Abbildung 43: Raten an Nachsterblichkeit im Heim Harz (1938 bis 1945) und dem Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940)**

Bei der Testung der Raten an manuellen Plazentalösungen zeigte der Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ). Die Raten sind in Abbildung 44 dargestellt.



**Abbildung 44: Raten an manueller Plazentalösungen in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942), UFK Köln (jeweils 1937 und 1941), UFK Rostock (kein Datum, 400 untersuchte Geburten) sowie bei Hausgeburten in Mecklenburg-Vorpommern (1925 bis 1935)**

Paarweise Vergleiche wurden hier zur besseren Übersicht separat in Tabelle 6 dargestellt und zeigen signifikant geringere Raten an manuellen Plazentalösungen in den beiden Lebensbornheimen sowie bei den Hausgeburten im Vergleich zu den Universitätskliniken. Zwischen Harz und Pommern stellt sich kein signifikanter Unterschied dar ( $p=0,315$ ). Die Rate an manuellen Plazentalösungen war im Heim Pommern jedoch signifikant geringer als bei den Hausgeburten in Mecklenburg-Vorpommern ( $p=0,011$ ).

	Harz	Pommern	Hausgeburten
Pommern	0,315		
UFK Köln 1937	<b>0,009</b>	<b>0,001</b>	<b>0,041</b>
UFK Köln 1941	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>
UFK Rostock	<b>0,018</b>	<b>0,001</b>	<b>0,049</b>
Hausgeburten	0,186	<b>0,011</b>	

**Tabelle 6: Paarvergleiche über die Rate an manuellen Plazentalösungen in den o.g. Gruppen**

#### **4. Diskussion der Ergebnisse im medizinhistorischen und geburtsmedizinischen Kontext**

Für die Interpretation der dargestellten Ergebnisse wurden im Folgenden Vergleichswerte aus Frauenkliniken sowie Auswertungen von Hebammentagebüchern ländlicher Regionen im Deutschen Reich der damaligen Zeit (ca. 1920 bis 1949) herangezogen. Anhand dieses Vergleichs mit Daten der zeitgenössischen Geburtshilfe in Form von Anstalts- sowie Hausgeburten soll die geburtshilffliche Arbeit, die in den Lebensbornheimen von 1936 bis 1945 praktiziert wurde, ausgewertet und in den medizinhistorischen Kontext der 1930er und 1940er Jahre eingeordnet werden. Bei der Untersuchung wurden sowohl allgemeine Lebensborndaten aller Heime als auch einzelne Heimstatistiken verglichen, um die Ursachen der Unterschiede einordnen zu können.

##### **4.1 Geburtenzahlen in den 1930er und 1940er Jahren**

Für das Heim Harz wurden nach eigener Auszählung des Geburtenbuchs insgesamt 1087 Geburteneinträge zwischen 1938 und 1945 ausgezählt, davon neun Zwillingsgeburten (0,83%). Demnach kamen 1096 Kinder zur Welt. Addiert man die vier Kinder, die im Jahr 1937 im Heim geboren worden sein sollen(3,54), ergibt sich eine Gesamtzahl von 1100 Kindern. In einer anderen Quelle basierend auf Auszählungen aus dem Geburtenbuch wurden bei 1085 Müttern der Ehestatus und 1103 geborene Kinder zwischen 1937 und 1945 erfasst(54). Ob es sich um 18 Zwillingsgeburten (1,66%) handelte oder bei den Müttern noch diejenigen ohne Angabe zum Ehestatus hinzugerechnet werden müssen, ging aus der Aufstellung nicht hervor(54). Im Jahr 1943 fielen jedoch bei der eigenen Auszählung drei Einträge von Müttern auf, die nicht im Heim entbunden haben und deshalb nicht als Geburtennummer im Heim gezählt wurden.<sup>101</sup> Diese könnten die unterschiedliche Anzahl geborener Kinder somit erklären. Die Anzahl der Geburten in den Lebensbornheimen unterlag ebenso wie die allgemeinen Geburtenzahlen des Deutschen Reichs zeitlichen Schwankungen. Diese waren sowohl jahreszeitlich bedingt als auch durch die zeitgenössischen Umstände, vor allem durch den Beginn des Zweiten Weltkrieges im September 1939. Die Geburtenziffer im Deutschen Reich stieg seit 1933 über die Jahre vor dem Krieg bis auf

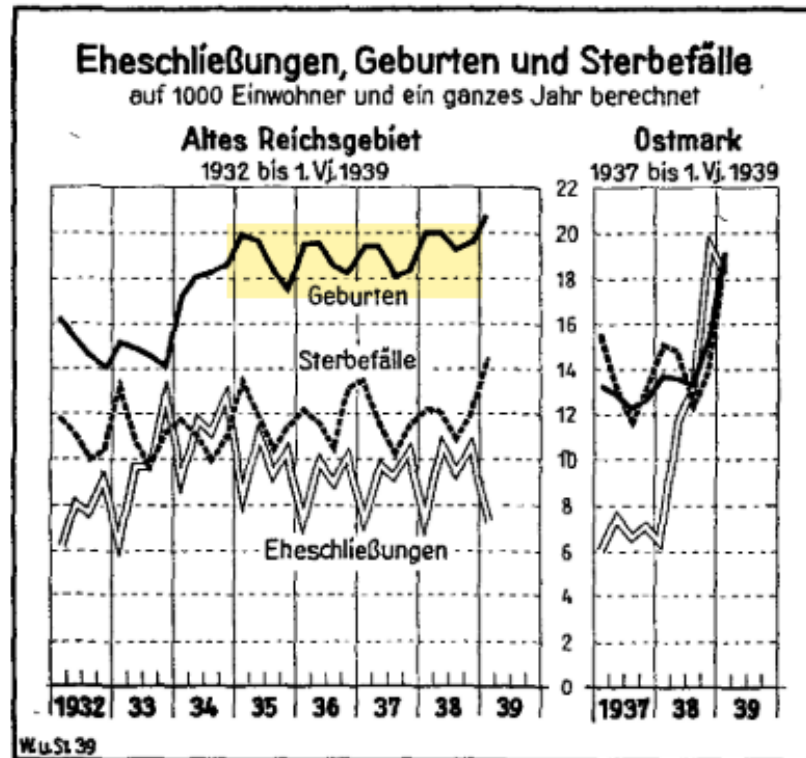
---

<sup>101</sup> Eine Verlegung zur Schnittentbindung ins Kreiskrankenhaus aufgrund allgemein verengten Beckens, eine Verlegung ins Krankenhaus zum Spontanpartus und eine Bemerkung "hat nicht entbunden"(62).

ein vorläufiges Maximum 1939(164). In den drei ersten Kriegsjahren sank die Geburtenrate jedoch wieder drastisch auf den Stand von 1933. Moissl konnte anhand der Anzahl geburtshilflicher Aufnahmen pro Jahr an der I. UFK München eine ähnliche Entwicklung zeigen(25). Während es von 1933 bis 1939 zu einem starken Anstieg von Aufnahmen in die Klinik kam, fiel deren Anzahl im Verlauf des Krieges zunehmend ab. Als Ursachen führte Moissl den andauernden Kriegszustand sowie die verstärkt betriebene nationalsozialistische Propaganda zugunsten der Hausgeburt an(25). Größere Entbindungskliniken in deutschen Städten waren vermehrt dem Risiko alliierter Fliegerangriffe ausgesetzt, sodass einige Kliniken geburtshilfliche Ausweichstellen einrichteten(26). An der UFK Köln stiegen die Geburtenzahlen zwischen 1936 und 1940 deutlich an, bevor sie im Verlauf des Krieges auf lediglich 120 Geburten im Jahr 1945 absanken. Seit 1943 waren zwei zusätzliche Entbindungsanstalten als Ausweichstellen eingerichtet worden, in denen zwischen 1943 und 1944 insgesamt 3230 Entbindungen stattfanden(26).

Demgegenüber fällt bei der Betrachtung der Geburtenzahlen in den Lebensbornheimen auf, dass die Heime Hochland und Harz einen steigenden Trend der Geburtenzahlen pro Jahr von Heimeröffnung bis 1944 aufwiesen (vgl. Abbildung 5 und 6 Kapitel 3.1). Die gegen Kriegsende abnehmenden Entbindungen waren eher auf die Evakuierung und Schließung der Heime aufgrund des Vorrückens alliierter Truppen in das Reichsgebiet zurückzuführen. In Zusammenschau mit obigen Betrachtungen kann bereits festgehalten werden, dass sich der Geburtenanstieg in den Lebensbornheimen offensichtlich nicht parallel zu einer Steigerung der regionalen Geburten, geschweige denn im Deutschen Reich insgesamt vollzog, wie es Himmlers Vision des Lebensborn gewesen war. Allerdings gelang es dem Lebensborn durch Einrichtung separater Kinderheime und dem Ausbau der alten Entbindungsheime die Anzahl der Geburten in den Heimen in den Kriegsjahren zu steigern. Auch wenn über den Anteil angenommener Anträge auf Heimaufnahme beim Lebensborn unterschiedliche und teilweise fehlerhaft berechnete Werte in den Lebensbornstatistiken angegeben waren, ist festzuhalten, dass es in der Regel mehr Anträge als Heimaufnahmen gab. Dass die Aufnahmekriterien in Einzelfällen unterschiedlich streng angewandt und im Verlauf zunehmend gelockert wurden, ist ein Faktor, der vermutlich zur Steigerung der Geburten in den Lebensbornheimen beigetragen hat. Während sich demnach eine gegensätzliche Entwicklung in den Geburtenzahlen der Lebensbornheime zum Deutschen Reich im Kriegsverlauf allgemein zeigt, stellten sich die jahreszeitlichen

Schwankungen in einzelnen Lebensbornheimen ähnlich denen im Reichsgebiet dar. In Abbildung 45 sind neben den Eheschließungen und Sterbefällen die Geburten des alten Reichsgebietes sowie der Ostmark im Zeitraum von 1932 bzw. 1937 bis zum ersten Vierteljahr 1939 graphisch dargestellt.



**Abbildung 45: Eheschließungen, Geburten (gelbe Markierung) und Sterbefälle auf 1000 Einwohner. Altes Reichsgebiet im Zeitraum von 1932 bis 1. Quartal 1939 sowie Ostmark 1937 bis 1. Quartal 1939(165)**

Mit Ausnahme des Jahres 1934, in dem die Kurve der Geburten insgesamt einen steigenden Verlauf zeigte, kam es in allen dargestellten Jahren zu einem Anstieg der Geburten zum Jahresbeginn und einem konsekutiven Abfall der Geburtenziffer um 0,5 bis 1 zum jeweiligen Jahresende (gelbe Markierung). Im Heim Hochland konnte anhand der vierteljährlichen Geburtenaufstellung eine ähnliche Dynamik abgelesen werden (vgl. Abbildung 5 Kapitel 3.1). Bei der Betrachtung war das starke Absinken der Geburtenkurve im ersten Quartal 1941 auf lediglich 17 Geburten aufgefallen,<sup>102</sup> nachdem die durchschnittliche Geburtenanzahl im Jahr 1940 noch bei 47,25 Geburten pro Quartal gelegen hatte. Dieser Einbruch zum normalerweise geburtenstarken Jahresbeginn war wahrscheinlich auf die kriegsbedingte Schließung des Heimes

<sup>102</sup> Angabe laut Quartalstatistiken(199), 18 Geburten nach Auszählung der Geburtenbücher im Standesamt Steinhöring, s. Anm. 49.

Friesland im Januar 1941 zurückzuführen, da die Schwangeren, Mütter und Kinder in das Heim Hochland evakuiert wurden, wodurch höchstwahrscheinlich weniger Aufnahmen zur Geburt als sonst möglich waren.

### **Zwillingsanteil**

Der Anteil an Zwillingsgeburten lag laut Gesamtstatistiken des Lebensborn in den Heimen durchschnittlich unter 1,1%. Es wurden keine Aufzeichnungen bzw. Statistiken über andere Mehrlingsgeburten gefunden, sodass davon auszugehen ist, dass Frauen mit Drillings- und weiteren Mehrlingsschwangerschaften nicht in Lebensbornheime aufgenommen wurden. Im Deutschen Reich lag der Anteil an Mehrlingsgeburten Ende der 1920er bis Ende der 1930er Jahre um 1,3%(2,166), wobei der Hauptanteil (1,2%) durch Zwillingsgeburten gebildet wurde. An Universitätskliniken beispielsweise der UFK Marburg und der UFK Köln lag der Anteil etwas höher bei über 1,7%(26,110), bei Hausgeburten dagegen ebenso wie in den Lebensbornheimen unter 1%(105). In einem Schreiben zur Geburt des 1000. Kindes im August 1943 im Heim Ostmark/Wienerwald war die Anzahl der entbundenen Frauen mit der Anzahl der geborenen Kinder identisch. Demnach wäre es zu keiner einzigen Zwillingsgeburt in den fünf Jahren seit Eröffnung des Heimes im Oktober 1938 gekommen. Ob daraus folgernd im Heim Ostmark/Wienerwald Aufnahmen von Frauen mit Zwillingschwangerschaften womöglich bewusst vermieden wurden, ließ sich mit den im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten leider nicht klären. Da die Zwillingsgeburtenrate jedoch vergleichbar mit der Rate im häuslichen Umfeld war und unter dem Anteil in Kliniken lag, kann angenommen werden, dass Schwangere mit Zwillingen eher in eine Klinik überwiesen wurden.

## **4.2 Angaben zu den Geburten**

### **4.2.1 Maternale Daten**

#### **Alter der Schwangeren**

In den Lebensbornheimen stieg das durchschnittliche Alter von 22,4 Jahren im Jahr 1937 auf 25,6 Jahre im Jahr 1942 an. Insgesamt bildeten die jungerwachsenen Frauen zwischen 20 und 29 Jahren mehr als zwei Drittel der Lebensbornmütter. Als Vergleichsgruppe dienten Patientinnendaten aus den Jahren 1937 und 1941 an der



UFK Köln, an deren Altersgruppen die Einteilung der Lebensborndaten angepasst wurde(26).<sup>103</sup> Am deutlichsten zeigte sich der Unterschied am Anteil der 20- bis 24-Jährigen, der in den Lebensbornheimen um mehr als 10% höher lag als an der UFK Köln. Auch der Anteil an unter 20-jährigen Müttern war in den Lebensbornheimen höher als an der UFK Köln, dagegen waren nur halb so viele über 30-jährige Mütter in den Lebensbornheimen wie in der UFK Köln(26).

Es ist möglich, dass diese Beobachtungen eine Folge der nationalsozialistischen Propaganda zur möglichst frühen Mutterschaft waren. Vor allem ist diese Verteilung jedoch Ausdruck der Zielsetzung des Lebensborn, besonders jungen Müttern einen geschützten Rahmen für die Geburt ihrer (unehelichen) Kinder zu bieten. Einen weiteren Faktor dieser Altersverteilungen könnte jedoch auch das höhere Risiko älterer Frauen für Komplikationen in der Schwangerschaft, unter der Geburt sowie im Wochenbett und damit eine häufigere Aufnahme zur Geburt und Behandlung in einer Klinik dargestellt haben, ähnlich wie bei Mehrlingsschwangerschaften.

### **Paritätsstatus**

In den Lebensbornheimen bildeten die Erstgebärenden bei weitem den größten Anteil aufgenommener Frauen. Für die Heime Pommern und Harz konnte außerdem zusammengefasst werden, dass überwiegend 20- bis 24-jährige, ledige Erstgebärende zur Entbindung kamen. Ab 1943 reduzierte sich der Anteil der Erstgebärenden im Heim Harz vor allem zugunsten der Zweit- und Drittgebärenden. Vergleichend lag der Anteil an Erstgebärenden in Universitätskliniken im Deutschen Reich lediglich zwischen 50% und 60%(110,167). Der Anteil an Erstgebärenden in den Lebensbornheimen war damit im Vergleich deutlich höher. Die bereits erwähnte überdurchschnittlich hohe Rate an älteren Erstgebärenden im Heim Pommern konnte zusätzlich mit Daten aus dem Deutschen Reich verglichen werden. In Preußen betrug der Anteil „alter Erstgebärender“, unter denen in diesem Fall alle Frauen zwischen 25 und 35 Jahren verstanden wurden, lediglich 12%(144). An der UFK Berlin betrug der Anteil an 29 Jahre alten oder älteren Erstgebärenden demgegenüber jedoch 39,4%(167) und lag damit weit über der Rate im Heim Pommern. Mit höherem Alter bei der ersten Geburt stieg das Risiko für Geburtskomplikationen, sodass der erhöhte Anteil älterer

---

<sup>103</sup> Andere Vergleichsgruppen(25,136) schlossen dabei Altersgruppen von zehn Jahren zusammen, die für die hiesige Auswertung eine zu große Spanne darstellten und deshalb nicht als Vergleichsgruppen herangezogen wurden.

Erstgebärender einen Faktor bei der Auswertung der Komplikationen und praktizierten geburtshilflichen Maßnahmen darstellte (s. Kapitel 4.4).

Die Verteilung des Paritätsstatus in den Lebensbornheimen kann zum einen durch das jüngere Durchschnittsalter der Mütter erklärt werden. Zum anderen besteht auch hier die Möglichkeit, dass Mehrgebärende mit Komplikationen bei einer vorherigen Schwangerschaft bzw. Geburt oder nach operativer Entbindung in der Vorgeschichte, durch ihr bereits erhöhtes Risiko für Komplikationen eher in die klinische Geburtshilfe überwiesen wurden.

### **Ehestatus der Frauen**

Im Durchschnitt wurden in den Lebensbornheimen den gesellschaftspolitischen Zielen folgend mehr ledige als verheiratete Frauen aufgenommen. Anhand der Auswertung der Geburtenbücher ließ sich für die Heime Harz und Schwarzwald jedoch ein steigender Anteil verheirateter Lebensbornmütter zwischen 1942 und 1945 nachweisen. Wie bereits erwähnt stellten die Lebensbornheime mit ihrer außerstädtischen Lage, der fachmedizinischen Betreuung und der trotz des Krieges bis zuletzt außerordentlich guten Verpflegung eine begehrte Alternative für verheiratete Frauen dar, ihre Kinder in einem sicheren Umfeld zur Welt zu bringen.

Die eigene Auszählung aus dem Geburtenbuch des Heimes Harz wich dabei von Daten einer durch die Geschichtskommission des Landkreises Wernigerode herausgegebene Broschüre ab.<sup>104</sup> Allerdings ergab sich daraus kein Unterschied in der allgemeinen Verteilung.

Der Anteil unehelicher Geburten im Reichsgebiet<sup>105</sup> sank bis 1940 auf lediglich 7%. Auch in Bayern gestaltete sich der Anteil an unehelichen Geburten bis 1940 rückläufig auf unter 10%(168). An einzelnen Kliniken im Deutschen Reich lag der Anteil ehelicher Geburten zwischen 60% und 80%(25–27). An der I. UFK München betrug der Anteil verheirateter Frauen in der Beobachtungsgruppe der Privatpatientinnen sogar über 90%(25). Auch wenn sich im Zuge des Krieges der Anteil an verheirateten Frauen in den Lebensbornheimen erhöhte, wurden gemäß der Zielsetzung des Vereins überdurchschnittlich viele ledige Schwangere in die Heime aufgenommen.

---

<sup>104</sup> Dort wurden 446 verheiratete (41,11%), 610 ledige (56,22%), 25 verwitwete (2,3%) und vier geschiedene Frauen (0,37%) gezählt (Anzahl insgesamt 1085 Frauen)(54).

<sup>105</sup> In der Statistik an Ebner wurden ab dem Jahr 1939 jeweils für das "alte" sowie für das "neue"(168) Reichsgebiet separate Prozentwerte angegeben.

### **Berufsstand der Kindsmütter**

Die Lebensbornmütter waren in knapp 25% berufslos, inklusive Schülerinnen, Studentinnen und Hausfrauen. Zu den anteilmäßig am häufigsten ausgeübten Berufen gehörten kaufmännische Angestellte und Berufe mit abgeschlossenem Examen.

Der Vierjahresbericht über die Arbeit des Lebensborn bis zum 31.12.1939(40,129) enthielt Vergleichswerte des Deutschen Reiches aus dem Jahr 1936. Während der Anteil an Arbeiterinnen und Hausangestellten in den Lebensbornheimen vergleichsweise gering war, waren im Deutschen Reich mehr als dreimal so viele als Arbeiterinnen und beinahe die Hälfte der Frauen als Hausangestellte tätig. Bei der Gruppe der berufslosen Frauen zeigte sich die einzige ähnliche Verteilung der untersuchten Gruppen. Die Lebensbornstatistiken ließen keine Vermutungen über Zusammenhänge zwischen Beruf und Ehestatus zu. Für zwei Jahrgänge an der UFK Köln erarbeitete Stelberg ebenfalls eine Berufsstatistik, in der zwischen Haus- bzw. Ehefrauen, Berufstätigen und Berufslosen unterschieden wurde(26). Im Jahr 1937 waren 80%<sup>106</sup> Haus- bzw. Ehefrauen, davon 77,46% verheiratet. Knapp 19% der Frauen waren berufstätig, davon überwiegend ledige Frauen. Im Jahr 1941 zeigte sich ein ähnliches Bild mit knapp 70%<sup>107</sup> Haus- bzw. Ehefrauen und ca. 30% Berufstätigen. Höchstwahrscheinlich bedingt durch den überwiegenden Anteil an ledigen Frauen in den Lebensbornheimen, lag demnach der Anteil an Berufstätigen höher als in der Vergleichsgruppe der UFK Köln. Die berufstätigen Lebensbornmütter gingen dabei in der Mehrzahl der Fälle gehobenen Berufen nach, wohingegen die Mehrheit der berufstätigen Frauen im Deutschen Reich im Jahr 1936 als Arbeiterinnen und Hausangestellte tätig war.

### **Auslesebedingungen RF-SS Fragebogen**

Aufgrund fehlender korrelierender Daten konnten die Statistiken über die "Auslese" der Kindsmütter und -väter nach SS-Bedingungen nicht im Verlauf beurteilt werden. Es war jedoch auffällig, dass immerhin knapp 17% der Lebensbornmütter nicht den Auslesebedingungen der SS entsprachen, von den Kindsvätern ca. 7%. Auch nach

---

<sup>106</sup> Stelberg bezog die Angaben über die Mütter im Jahr 1937 auf 386 Mütter. Allerdings handelte es sich (genau genommen) um 375 Geburten bzw. Mütter und 386 geborene Kinder.

<sup>107</sup> Der untersuchte Jahrgang 1941 bestand aus 375 Geburten. In der Tabelle "Zusammenhang zwischen Familienstand und sozialem Status" (S. 193) besteht die Summe der Mütter im Widerspruch dazu jedoch aus 376 Müttern.

Beurteilung entsprechend dem Fragebogen RF-SS wurden 6% der Mütter in die Kategorie III ("stärkere Fehler"), von den Vätern über 10% in Kategorie III und IV ("unerwünscht") eingeordnet. Ob diese Angaben Ausdruck einer womöglich im Verlauf des Krieges reduzierten Strenge bei den Aufnahmekriterien darstellten, lässt sich abschließend nicht eindeutig beantworten. Dass diese jedoch vor dem Krieg zum Teil noch äußerst streng gehandhabt wurden, zeigte sich in einer ärztlichen Stellungnahme Ebners vom 05.05.1939. Demzufolge sollte die Aufnahme einer schwangeren Frau in ein Lebensbornheim abgelehnt werden, da sie und der Kindsvater "bei der Zeugung schwer betrunken waren und ausserdem der Vater des Kindsvaters Säufer war"(169).

#### **4.2.2 Kindliche Daten**

In den Lebensbornheimen überwog in der Regel der Anteil an Jungen bei den Geburten. Im Heim Harz waren von insgesamt 1100 geborenen Kindern 51,36% Jungen, im Heim Schwarzwald waren von 240 Kindern 55% männlich. An der UFK Gießen betrug der Jungenanteil 51,64% zwischen 1918 bis 1936(106). Der Jungenanteil im Jahr 1936 im Deutschen Reich lag bei 51,71% bezogen auf alle lebensfähigen Früchte(170). Auch an der UFK Köln zeigte sich in den Jahren 1937 und 1941 jeweils ein geringer Jungenüberschuss mit über 52%(26). Eine erhöhte Sterblichkeit von Jungen, wie sie bei zeitgenössischen Vergleichsgruppen verzeichnet wurde(2,170), konnte aufgrund fehlender Dokumentation in den Lebensbornstatistiken nicht untersucht werden. Die Lebensbornkinder wurden in der Mehrzahl der Fälle unehelich geboren und bestätigten damit die Ergebnisse des Ehestandes der Mütter. Laut Monatsstatistiken schwankte der Anteil an unehelich geborenen Kindern in den Jahren 1939 bis 1941 zwischen 57% und 59%(121,122).

### **4.3 Komplikationsraten im Rahmen der Geburt und im Verlauf**

#### **4.3.1 Maternale Komplikationen: Komplikationen sub partu und im Wochenbett**

Zum vorzeitigen Blasensprung sowie zu weiteren Geburtskomplikationen während der Eröffnungs- und Austreibungsperiode konnten lediglich die Angaben aus dem Geburtenbuch des Heimes Harz für einen Vergleich verwendet werden. Während im Heim Harz die Rate an vorzeitigem Blasensprung ca. 15% betrug, schwankte die Häufigkeit an der Marburger Frauenklinik im Zeitraum von 1936 bis 1947 zwischen 6%

und 9%(110). Bei den Erstgebärenden kam es im Heim Harz in 15,48% der Fälle, bei den Mehrgebärenden in 12,71% zu einem vorzeitigen Blasensprung. In der I. UFK München lag die Häufigkeit an vorzeitigem Blasensprung in einem vergleichbaren Rahmen zwischen 12,5% und 15%(25).

Im Heim Harz kam es in 4,51% der Geburten zu einer Wehenschwäche, dabei trat bei 4,66% der Erstgebärenden und bei 4,02% der Mehrgebärenden eine Wehenschwäche auf. Müller teilte seine Daten für die UFK Marburg in Fünfjahresabschnitte ein, in denen der Anteil an Wehenschwäche bei Erstgebärenden innerhalb von zehn Jahren von 29,7% auf 54,1% anstieg, bei den Mehrgebärenden von 25% auf 50,3%(110). Müller relativierte im Anschluss an die Ergebnisdarstellung, dass diese Daten auf ausgezählten Dokumentationen über Wehenmittelapplikationen in den Krankenblättern basierten und somit rückwirkend auf eine Wehenschwäche geschlossen worden war. Die deutliche Differenz zwischen 4,51% im Heim Harz und 25% bis 50% bei Erst- bzw. Mehrgebärenden in der UFK Marburg kann somit zum einen durch den steigenden Gebrauch von Wehenmitteln an der UFK Marburg bedingt sein. Zum anderen ist es möglich, dass nicht alle Fälle von Wehenschwäche im Lebensbornheim Harz als solche dokumentiert wurden, basierend auf der Tatsache, dass allein im Jahr 1939 mehr als ein Drittel aller insgesamt aufgetretenen Fälle dokumentiert wurde. Die Häufigkeit betrug allein in diesem Jahr 16,67% gegenüber dem Folgejahr 1940, in dem es zu keinem Fall einer Wehenschwäche auf insgesamt 144 Geburten kam. Zudem wurde in den Hebammentagebüchern in den Jahren 1942 und 1943 jeweils ein zusätzlicher Fall von Wehenschwäche aufgezeichnet. An diesem Beispiel tritt die Schwierigkeit der Auswertung des Geburtenbuchs zutage, da die Dokumentation über die Geburtsbemerkungen von Hebamme zu Hebamme stark variierte. Unterschiedliche Schriftführerinnen wurden dabei durch den Wechsel der Handschriften nachvollziehbar. Ähnliche Beobachtungen schilderte u.a. Haselhorst bei einer Datenauswertung von Hebammentagebüchern über Hausentbindungen im Land Mecklenburg(1).

Die durchschnittliche Rate an Dammrissen in den Lebensbornheimen schwankte zwischen 11% und knapp 18%. Im Heim Harz lag die Häufigkeit insgesamt bei knapp 12%. Bei Hausgeburten wurden zwischen 1925 und 1935 im Land Mecklenburg bei lediglich 3,7% der Geburten Dammrisse dokumentiert, allerdings schlossen diese möglicherweise nur die Fälle ein, in denen die Indikation einer Versorgung durch Naht

bestand(1), die Dunkelziffer könnte höher gelegen haben. An der UFK Rostock betrug die Häufigkeit an Dammrissen ersten und zweiten Grades 9%(1); diese Rate lag im Heim Harz bei 11%. An der UFK Köln betrug die Rate an Dammrissen 1937 und 1941 jeweils über 13%(26). Die Häufigkeit an Dammrissen in den Lebensbornheimen war damit vergleichbar mit Daten deutscher Kliniken, in einzelnen Heimen jedoch deutlich höher, was sich vor allem durch das Patientinnenkollektiv erklären lässt. Nach Erbslöh, der die perinatalen Daten von Beckenendlagegeburten im häuslichen Umfeld zwischen 1924 und 1935 untersuchte, erlitten 3,8% der Mehrgebärenden einen Scheiden- oder Dammriss, während der Anteil bei den jungen Erstgebärenden mit 20,9%, bei älteren Erstgebärenden sogar bei 23,1% lag(118). Im Heim Harz traten fast 90% der Dammrisse bei Erstgebärenden auf, die insgesamt ca. doppelt so häufig einen Dammriss bei der Geburt erlitten wie die Mehrgebärenden (13,50% gegenüber 6,14%). Die höhere Rate an Dammrissen in den Lebensbornheimen lässt sich demnach durch die höhere Anzahl Erstgebärender erklären.

Der Anteil an Atonien schwankte in den Lebensbornheimen pro Quartal von 1940 bis 1941 zwischen 1,28% und 4,33%. Die Rate des Heimes Harz lag von 1938 bis 1945 durchschnittlich bei 3,13%. Während an der UFK Köln im Jahr 1937 der Anteil an Atonien mit 1,33% geringer war, stellten sich sowohl in der klinischen wie auch häuslichen Geburtshilfe die Raten an Atonien bzw. atonischen Nachblutungen ähnlich der Rate im Heim Harz dar. Mikulicz-Radecki stellte für die Hebammengeburten im Deutschen Reich zwischen 1923 und 1933 eine Rate von 3,33% fest(105), während an der UFK Hamburg-Eppendorf zwischen 1918 und 1938 in 3,28% der Entbindungen eine Atonie (mit einem Blutverlust von mehr als 1000ccm) dokumentiert wurde(171).

Die Komplikationen in Wochenbett wurden zunächst einzeln verglichen. In Vergleichsarbeiten wurde meist nicht dieselbe Einteilung in "Wochenbettfieber" (Puerperalfieber) und "Fieber anderer Herkunft" wie in den Lebensbornstatistiken vorgenommen. Für einen Vergleich der Rate an Wochenbettfieber wurden daher Komplikationen wie Endometritis/Lochialstau und Zystitis/Nephropathie als Ursachen für Puerperalfieber zusammengefasst und vergleichend herangezogen. Die geringe Rate an Wochenbettfieber in den Lebensbornheimen, die in den betrachteten Quartalen von 1940 und 1941 lediglich zwischen 0% und knapp 1% schwankte, kann als Indiz für eine erfolgreich durchgeführte Geburtshilfe und fachgerechte Versorgung der Wöchnerinnen

angesehen werden. Im Heim Harz erkrankten 1942 und 1943 ca. 4,26% an wochenbettassoziiertem Fieber. An der UFK Königsberg betrug die Rate an genital bedingtem Wochenbettfieber knapp 13% bei einer Gesamtzahl von 1000 Entbindungen bei Hausschwangeren(172). An der UFK Köln lag die Rate an Wochenbettfieber zwischen knapp 18% und 13,5%(26). Knoppig stellte bei einer Vergleichsgruppe von 817 zufällig ausgewählten deutschen Wöchnerinnen an der Landesfrauenklinik Elberfeld zwischen 1942 und 1945 eine Rate an Endometritiden und Zystitiden/Nephropathien von 6,73% fest(136). Die Rate an genital bedingtem Fieber im Wochenbett lag demnach in den Lebensbornheimen deutlich und - bestätigt durch die statistischen Testungen - signifikant unter dem Durchschnitt der Krankenhäuser im Deutschen Reich.

Dass die Häufigkeiten über einen längeren Zeitraum betrachtet die Angaben aus den Vierteljahresstatistiken relativieren, wird durch einen Vergleich der Statistiken des Heimes Harz und Pommern deutlich. Im Heim Pommern konnten für einen Zeitraum von 16 Monaten in 8,6% der Entbindungen wochenbettassoziierte Krankheitsfälle erfasst werden, im Heim Harz im Jahr 1942 5,73% und 1943 11,7%.<sup>108</sup> Ob es sich demnach bei der laut Quartalstatistiken erfolgreichen Geburtshilfe und Versorgung der Lebensbornmütter in diesen kurzen Perioden im Vergleich zu Kliniken im Deutschen Reich "zufällig" um eine Ausnahme mit wenigen Wochenbettkomplikationen oder eine (bewusst) falsche Dokumentation von Komplikationen handelte, kann heute nicht abschließend geklärt werden. An der Landesfrauenklinik Elberfeld betrug die Erkrankungsrate im Wochenbett zwischen 1942 und 1944 insgesamt 10,77%(136), an der UFK Köln lag die Komplikationsrate im Wochenbett hingegen deutlich höher mit 23% bis 25%(26).<sup>109</sup>

Dagegen erkrankten die Lebensbornmütter zum Teil häufiger an extragenitalem Fieber, laut Quartalstatistiken "Fieber anderer Herkunft", wie z.B. Angina, Grippe, etc. Die Raten schwankten in den betrachteten Quartalen zwischen 2,4% und 3,83%. Es zeigten sich allerdings auch unter den Lebensbornheimen starke Schwankungen, zum Beispiel im zweiten Quartal 1941 12,9% im Heim Harz gegenüber 0,00% im Heim Kurmark. Ein

---

<sup>108</sup> Hierunter sind Mastitis, Lochialstau, Eklampsie, Thrombosen und andere wochenbettassoziierte Erkrankungen zusammengefasst.

<sup>109</sup> Diese Berechnung legte eine Gesamtzahl an Wöchnerinnen von 386 im Jahr 1937 und 380 im Jahr 1942 zugrunde, obwohl dies der Anzahl der Geborenen entspricht. Die Anzahl an Wöchnerinnen entspräche der Entbindungsanzahl von jeweils 375(26).

Vergleich der Rate an extragenitalem Fieber ist nur eingeschränkt möglich, da in den Vergleichsarbeiten entweder alle Fieberfälle im Wochenbett ohne Differenzierung der Ursache zusammengefasst wurden(25) oder lediglich die absoluten Zahlen und relative Häufigkeit des genital bedingten Fiebers im Wochenbett aufgezeigt wurde. Stelberg verzeichnete jedoch an der UFK Köln im Jahr 1941 eine Verlegung einer Wöchnerin aufgrund einer Pneumonie (0,27%)(26), Knoppig erfasste an der Landesfrauenklinik Elberfeld einen Fieberfall ohne Angabe einer Ursache (0,12%)(136). In den Lebensbornheimen waren ansteigende Raten an Fieberfällen extragenitaler Ursache auf eine Grippeepidemie im ersten Quartal 1940 (vgl. S. 96 dieser Arbeit(131)) sowie auf die besondere Zielsetzung des Vereins zurückzuführen. Im Rahmen der Unterstützung unverheirateter Mütter konnten (wie bereits dargelegt) ledige Frauen auch ältere Kinder in die Heime mitbringen. Dadurch war jedoch das Risiko für die Einschleppung und Ansteckung mitgebrachter, saisonaler Infektionen erhöht, vor allem durch die folgende Überbelegung der Heime, wodurch Krankheitsfälle extragenitaler Ursache im Vergleich häufiger auftraten.

Die Raten an Thrombosen laut Quartalstatistiken zwischen 0,00% und 1,08% in den Lebensbornheimen lagen unter denen an den zeitgenössischen Universitätskliniken, zum Beispiel der UFK Köln mit ca. 2,85%(26) und der I. UFK München mit zwischen 2% und 4%(25). Eine Erklärung für diesen Unterschied dürfte in der deutlich niedrigeren Rate an Sectiones und anschließender temporärer Immobilisierung in den Lebensbornheimen zu finden sein. Statistisch signifikant geringer war die Thromboserate jedoch nur bei Betrachtung aller drei Quartalstatistiken über die Lebensbornheime im Vergleich zur UFK Köln im Jahr 1941.

Die Häufigkeit an Mastitiden insgesamt reichte in den Lebensbornheimen zwischen dem ersten Quartal 1940 und dem zweiten Quartal 1941 von 2% bis 9%. Im Durchschnitt der betrachteten Quartale variierten die Mastitisraten einzelner Heime jedoch beträchtlich. Die Heime Hochland und Ostmark/Wienerwald erreichten jeweils eine Rate von über 7%, während in den Heimen Pommern und Kurmark Mastitiden lediglich in ca. 3% auftraten. Bei dieser Darstellung muss jedoch berücksichtigt werden, dass im Heim Hochland im ersten Quartal 1941 lediglich 17 Geburten und fünf Mastitisfälle verzeichnet wurden, die die relative Häufigkeit für dieses Quartal so deutlich steigen ließen. Grund hierfür war womöglich die Räumung des Heimes



Friesland und Evakuierung der Schwangeren und Wöchnerinnen in das Heim Hochland, die die Statistik stark beeinflusst haben könnten.

Vergleichswerte von Kliniken im Deutschen Reich schwankten zwischen ca. 1,5% und 5% (25,26,136,172–174). In diesem Rahmen vergleichbar ordneten sich die Raten in den Heimen Pommern (5% bis 1942) und Harz (1942 bis 1943 3,6%, exklusive der Rate an Milchstauungen von 3%) ein. Über einen längeren Zeitraum konnten demnach leider nur die zwei Heime mit gesamtdeutschen Daten verglichen werden, die sich im Lebensborndurchschnitt bereits durch eine deutlich niedrigere Häufigkeit an Mastitiden auszeichneten. Es kann an dieser Stelle geschlossen werden, dass die Häufigkeit an puerperalen Mastitiden in einigen Lebensbornheimen auf einem vergleichbaren Niveau lag wie in Kliniken im Deutschen Reich. Es deutete sich jedoch anhand der Quartalstatistiken an, dass in einigen Heimen die Rate deutlicher höher lag als im Reichsdurchschnitt, was bei der besonderen Zielsetzung des Lebensborn mit umfassender Stillpropaganda bemerkenswert erscheint.

Ein Vergleich der Müttersterblichkeit in den Lebensbornheimen zu Ergebnissen aus dem Deutschen Reich konnte aufgrund der vorhandenen Daten nur eingeschränkt und lediglich unter quantitativer Betrachtung der Ergebnisse erfolgen, da mit Ausnahme der Statistik des Heimes Pommern keine Angaben über die Todesursache der Mütter dokumentiert wurde. Die Sterblichkeitsraten der Lebensbornheime insgesamt reichten von 0,20% bis 0,44%, im Heim Friesland betrug die mütterliche Sterblichkeit 0,92% und im Heim Pommern 0,37% bis zum Jahresende 1942. Im Deutschen Reich lag die mütterliche Sterblichkeit bei Hausgeburten im Jahr 1936 bei 0,34%, davon verstarb die Mehrheit an den Folgen von Wochenbettkomplikationen(170). An der UFK Rostock betrug die Müttersterblichkeit 0,63% im Zeitraum zwischen 1934 und 1940(175), wobei besonders das Jahr 1938 mit einer Sterblichkeit von lediglich 0,14% herausstach. Pohlen zeigte außerdem für das Jahr 1936 regionale Unterschiede im Deutschen Reich. So lag die Müttersterblichkeit bei Einzel-Lebendgeburten in Westdeutschland 0,37% und im Industriegebiet 0,31% gegenüber 0,16% bis 0,18% in den Großstädten Berlin, Hamburg und Bremen(170). In den Folgejahren lag der gesamtdeutsche Schnitt ebenfalls zwischen 0,3% und 0,4%(176). Die Sterblichkeitsrate der Lebensbornmütter lag demnach in einem vergleichbar niedrigen Rahmen wie der gesamtdeutsche Reichsdurchschnitt, ließ sich jedoch aufgrund fehlender detaillierter Angaben nicht hinsichtlich der Todesursachen tiefergehend auswerten. Dadurch konnte keine

Differenzierung der Todesfälle in geburts- bzw. wochenbettassoziiert und Todesfälle ohne Bezug zur Geburt vorgenommen werden, die jedoch ein äußerst interessanter Aspekt für eine qualitative Auswertung der praktizierten Geburtshilfe in den Lebensbornheimen gewesen wäre. Ähnlich der Diskussion über einen unzumutbaren Vergleich von Haus- und Klinikgeburten hinsichtlich der Komplikationsraten und mütterlichen Sterblichkeit(1) kann auch im Falle der Lebensbornheime argumentiert werden, dass Frauen, die mit Schwangerschafts- und geburtsassoziierten Komplikationen zur Heimaufnahme abgelehnt und in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, die Statistik verfälschten und damit zu erfolgreicher scheinenden Ergebnissen der Lebensbornheime geführt haben könnten. Dieser Ansatz bleibt jedoch aufgrund unzureichender Datenlage rein spekulativ.

#### **4.3.2 Kindliche Risiken und Komplikationen**

Wie bereits erwähnt ließen die Lebensbornstatistiken bei der Nennung der Komplikation Asphyxie unkommentiert, ob es sich um einen Verdacht auf intrauterine Asphyxie bei abfallenden kindlichen Herztönen oder um ein asphyktisches Erscheinungsbild des Neugeborenen handelte. Die durchschnittlichen Raten an Asphyxien lagen in den einzelnen Heimen laut Quartalstatistiken von 1940 bis 1941 zwischen 0,65% (Heim Pommern, Durchschnitt von drei Quartalen) und 7,36% (Heim Hochland, Durchschnitt von vier Quartalen), im Heim Harz lag sie insgesamt bei 1,92% laut Geburtenbuch, laut Hebammentagebüchern zwischen 1942 und 1943 jedoch bei 5,15%.

Zwischen 1940 und 1949 kam es an der UFK Jena in 6,42% der Geburten zu einer intrauterinen Asphyxie. In ca. einem Drittel der Asphyxiefälle wurde nach Diagnosestellung eine Forcepsentbindung angeschlossen(114). Im Heim Harz kam es in 1,19% der Geburten zu einem Abfallen der kindlichen Herztöne als Indiz für eine intrauterine Asphyxie, in 38,46% dieser Fälle schloss sich eine Zangenentbindung an. Die relative Häufigkeit an intrauterinen Asphyxien war demnach im Heim Harz wesentlich geringer als an der UFK Jena bzw. wurde in weniger Fällen erkannt oder dokumentiert, nach Diagnosestellung wurde jedoch in einem vergleichbaren Prozentsatz eine Zangenentbindung angeschlossen. An der UFK Köln schwankte die Häufigkeit kindlicher Asphyxien zwischen 3% und 5,5%, vergleichbar mit den Daten aus den Hebammentagebüchern des Heimes Harz(26). Außerdem bleibt zu hinterfragen, ob

es bei insgesamt mindestens 169 Nabelschnurkomplikationen tatsächlich nur in 34 Fällen zu fetaler bzw. kindlicher Asphyxie kam.

Mit einer Häufigkeit von 15% an Nabelschnurkomplikationen lag das Heim Harz über dem Vergleichswert der UFK Köln im Jahr 1937 mit 10,10%(26). Für das Jahr 1941 konnte an der UFK Köln eine ähnliche Beobachtung wie beim Heim Harz gemacht werden. Während im Jahr 1937 noch 39 Nabelschnurumschlingungen dokumentiert wurden, traten im Jahr 1941 lediglich vier auf, die Häufigkeit sank dementsprechend auf 1,05% ab. Stelberg führte dies sowie andere auffällige Veränderungen in der Aktenführung unter anderem auf allgemeinen Ressourcenmangel (zeitlich und materialbedingt) nach Ausbruch des Krieges zurück(26). Die Rate an Nabelschnurvorfällen im Heim Harz von 0,55% zeigte sich im Vergleich zur Rate von 0,75% an der UFK Rostock(1) weder erhöht noch deutlich niedriger.

Die Frühgeburtenrate im Heim Harz betrug 1,64%. Im Deutschen Reich variierte die Häufigkeit an Frühgeburten stark abhängig vom geburtshilflichen Rahmen. So stand im Jahr 1936 eine Frühgeburtenrate von 3,7% bei Hausgeburten einer Rate von 6%<sup>110</sup> bei Anstaltsentbindungen gegenüber(27). An Universitätskliniken lag die Frühgeburtenrate in den 1930er Jahren zwischen 6,7% und 11,5%(27,106). In Städten war die Frühgeburtenrate deshalb deutlich höher als in Landkreisen, im Jahr 1940 waren es in Leipzig sogar 13%(110). Das Lebensbornheim Harz wies demnach eine deutlich geringere Rate an Frühgeburten auf im Vergleich zu den Ergebnissen der häuslichen und klinischen Geburtshilfe der damaligen Zeit. Die durchgeführte vergleichende Statistik belegte einen signifikanten Unterschied zwischen der Frühgeburtenrate im Heim Harz und der Frühgeburtenrate bei Hausgeburten im Deutschen Reich. Da jedoch lediglich die Bücher des Heimes Harz Aufschluss über die Häufigkeit an Frühgeburten gaben, kann nicht abschließend beantwortet werden, ob das Heim Harz stellvertretend für die Lebensbornheime war oder womöglich eine niedrigere (oder höhere) Rate an Frühgeburten im Vergleich zu anderen Heimen aufwies. Schultze stellte einen Zusammenhang zwischen Ehestatus und Frühgeburtenhäufigkeit fest. Demnach betrug die Rate an Frühgeburten an der UFK Berlin zwischen 1920 und 1935 bei unehelichen Geburten 14,9% gegenüber 10,7% bei ehelichen Geburten. Bei Hausgeburten im Kreis

---

<sup>110</sup> Müller gab eine Rate von 6,5% an, als er die Arbeit von Schultze zitierte(110).

Greifswald und Umgebung waren es sogar 10% bei unehelichen gegenüber 4,4% bei ehelichen Geburten(27). Außerdem wies er eine höhere Frühgeburtenrate bei erstgebärenden Frauen nach von 7,7% - begründet durch das häufigere Auftreten von vor allem Toxikosen - gegenüber 6,9% bei Zweit- und Drittgebärenden, bei Viert- und Mehrgebärenden wiederum eine Rate von 13,4%. Diese Ergebnisse würden zunächst zu der Annahme führen, dass in den Lebensbornheimen aufgrund des überwiegenden Anteils unverheirateter, erstgebärender Frauen die Frühgeburtenrate insgesamt höher gewesen sein müsste. Interessanterweise und für die Interpretation der Frühgeburtenrate im Heim Harz von Bedeutung führte Schultze die Gründe für die höhere Rate an Frühgeburten bei unehelichen Schwangeren jedoch auf äußere Einflüsse zurück.<sup>111</sup> So berichtete er bei 800 unehelichen Hausschwangeren an der Berliner Frauenklinik über eine Frühgeburtenrate von lediglich 1%, die an der UFK Greifswald anhand einer größeren Beobachtungsgruppe mit einer Rate von 1,3% bestätigt werden konnte(27). Dadurch lässt sich die Frühgeburtenrate des Heimes Harz, in das vor allem ledige Frauen oft schon einige Wochen vor der Entbindung aufgenommen werden konnten, durchaus in einem vergleichbaren Rahmen mit den Ergebnissen bei Hausschwangeren in der damaligen Zeit einordnen.

Die Raten an Kindern mit angeborenen Fehlbildungen der Heime Pommern (0,84%) und Harz (0,55%) sind im Bereich der zeitgenössischen Ergebnisse von Universitätskliniken einzuordnen, die von 0,5% bis 3% reichen(26,106,167).

Die Betrachtung und der Vergleich der Sterblichkeitsziffern der geborenen Kinder in den Lebensbornheimen stellten bereits damals einen der wichtigsten Parameter zur Kontrolle und zum Vergleich der durchgeführten Geburtshilfe dar. Die Angabe der Säuglingssterblichkeit und der weiteren Parameter kindlicher Sterblichkeit (Totgeburtenrate, Frühsterblichkeit, etc.) wurde in den Lebensbornstatistiken vermutlich immer auf den Zeitraum von Gründung des Vereins bis zum jeweiligen Stichtag bezogen. Anhand einzelner, ausführlicher Statistiken konnte dies direkt nachvollzogen werden. Dabei sind jedoch in der Berechnung der Kindersterblichkeit teilweise strukturelle Fehler aufgefallen, die zwar bei dem vergleichsweise kleinen Zahlenmaterial keine großen Unterschiede in den prozentualen Ergebnissen hervorbringen, jedoch von

---

<sup>111</sup> Der Paritätsstatus und das jüngere Alter der Unehelichen im Vergleich zu den Verheirateten waren nach Auswertung seiner Ergebnisse nicht für die erhöhte Rate an Frühgeborenen verantwortlich(27).

einer fachlichen Ungenauigkeit bei der Erstellung der Statistiken zeugen. Zudem wurden vereinzelt (wahrscheinlich wissentlich) falsche Behauptungen über die Säuglingssterblichkeit getroffen ohne eine Angabe weiterer Parameter (vgl. Kapitel 4.3.2), um die Arbeit der Lebensbornheime in einem besseren Licht darzustellen(8).

Die Totgeburtenrate stellt zwar eine separat aufzuführende Entität neben der Säuglingssterblichkeit dar und ist in der Regel vor allem aufgrund bereits intrauterin verstorbener Feten zur Beurteilung der Geburtshilfe weniger gebräuchlich als die Säuglingssterblichkeit. Für die Betrachtung der perinatalen Mortalität, d.h. der totgeborenen und frühverstorbenen Kinder, sind eine Untersuchung und ein Vergleich der Ergebnisse der Lebensbornheime jedoch essentiell. Die Totgeburtenrate des Lebensborn insgesamt schwankte zwischen 0,99% und 1,25%. Das Heim Harz wies eine höhere Rate an Totgeburten auf mit 1,28%<sup>112</sup> gegenüber 1,09% im Heim Pommern.<sup>113</sup> Ein statistisch signifikanter Unterschied ließ sich jedoch nicht zwischen der Totgeburtenrate einzelner Lebensbornheime und Gesamtdaten des Lebensborn erheben. Die hier dargelegten Daten zu den Totgeburten im Heim Harz wichen von Angaben ab, die in einer durch die Geschichtskommission des Landkreises Wernigerode herausgegebene Informationsbroschüre(54) gemacht wurden. Dort wurden insgesamt 17 Totgeburten (1,54% der Geburten) gezählt, im Vergleich zu 14 Totgeburten (1,28%), die in der vorliegenden Arbeit im Zeitraum zwischen 1938 bis 1945 erhoben wurden. Rechnet man die Einträge über Totgeburten aus dem Sterbebuch für die Jahre 1937 (n=1) und 1938 (n=4) hinzu,<sup>114</sup> so stehen die 17 Totgeburten aus der Informationsbroschüre 19 Totgeburten dieser Analyse gegenüber. Es lässt sich retrospektiv nicht eindeutig nachvollziehen, wie diese Unterschiede zustande gekommen sind. Auch die Frage, ob die Einteilung als "Totgeburt" bei der Eintragung in das Geburten- bzw. Hebammentagebuch in jedem der Fälle korrekt vorgenommen wurde, kann in diesem Zusammenhang nicht abschließend geklärt werden. In einem Fall fehlte die Bezeichnung als Totgeburt, obwohl ausgeführt wurde, dass die Lungenatmung beim Kind nicht eingesetzt hatte.<sup>115</sup> Diese Raten waren verglichen mit den Totgeburtenraten aus dem Deutschen Reich der damaligen Zeit zum Teil deutlich niedriger. An der UFK Gießen schwankte die Totgeburtenrate im Zeitraum

---

<sup>112</sup> Totgeburten laut Sterbebuch mit korrelierendem Geburteneintrag im Geburtenbuch.

<sup>113</sup> Totgeburtenrate des Heimes Pommern berechnet bis zum 31.12.1942(135).

<sup>114</sup> Für diese Totgeburten konnten keine Geburteneinträge im Geburtenbuch erfasst werden.

<sup>115</sup> Nach damaligen Definitionen wurde ein geborenes Kind, bei dem keine Lungenatmung nach der Geburt einsetzte, als Totgeburt bezeichnet(2).

von 1918 bis 1936 noch zwischen 3,76% und 5,43%(106), in Hessen lag sie bei lediglich 2,6% im Jahr 1938(110) und in Hamburg im Jahr 1934 bei 2,2%(106). Insgesamt war ein Absinken der Totgeburtenrate von 2,55% im Jahr 1936 auf 2,32% im Jahr 1938 zu beobachten(176). Die relative Häufigkeit an Totgeburten war damit in den Lebensbornheimen lediglich halb so groß wie im Deutschen Reich der 1930er Jahre. Ein signifikanter Unterschied in der Totgeburtenrate ließ sich zwischen den Lebensborn- und den Daten der UFK Gießen zwischen 1918 und 1936 bestätigen. Als häufige Ursachen für intrauterinen Fruchttod vor Geburtsbeginn galten in der Geburtshilfe der damaligen Zeit Schwangerschaftstoxikosen und eine mütterliche Infektion mit Lues(177). Auf Lues wurden Lebensbornmütter bei der Heimaufnahme über die damals übliche Wassermann-Reaktion getestet (s. Kapitel 1.6.3.1). Ob es positive Befunde gab und wenn ja, wie im weiteren Verlauf mit den Schwangeren umgegangen wurde, konnte jedoch nicht belegt werden. Dass jedoch ein positiver Befund ein Grund für eine Entlassung aus dem Lebensbornheim gewesen sein könnte, stellt sich unter Berücksichtigung der sonst strengen Auslesebedingungen der Mütter und Kindsväter als denkbare Maßnahme dar. Frauen mit Schwangerschaftstoxikosen könnten außerdem durch ihr höheres Risiko für Geburtskomplikationen häufiger in einer Klinik behandelt und entbunden worden sein. Diese Erklärungen bleiben jedoch bezüglich der Ursachen der geringeren Totgeburtenrate rein spekulativ.

Die damals uneinheitliche Definition der Frühsterblichkeit, die den Zeitraum der ersten sieben bzw. zehn Lebenstage, im engeren Sinne lediglich die ersten 24 Stunden einschloss, musste bei der folgenden Untersuchung und Einordnung der Lebensbornergebnisse in den historischen Kontext berücksichtigt werden. In den Lebensbornstatistiken wurde vor allem die Säuglingssterblichkeit als Marker für eine erfolgreiche Geburtshilfe in den Heimen verwendet. Sie wurde jedoch nicht in allen Statistiken in ihre verschiedenen Bestandteile aufgeschlüsselt und neben der Totgeburtenrate separat geführt, weshalb nicht immer eindeutig zu klären war, ob es sich um die reine Säuglingssterblichkeit (bezogen auf Lebendgeborene) oder inklusive Totgeburten handelte. Deshalb wurden die Säuglingssterblichkeit des Lebensborn insgesamt sowie die perinatale Sterblichkeit<sup>116</sup> einzelner Heime geeigneten Vergleichsgruppen gegenübergestellt.

---

<sup>116</sup> Totgeburtenrate und Frühsterblichkeit auf 100 Geborene.

Die Frühsterblichkeit im Deutschen Reich lag zwischen 2% und 4%(2,166,170). Ein großer Teil davon fiel auf Frühgeborene(2,27). An der UFK Marburg waren Frühgeburten sogar für die Hälfte der perinatalen Sterbefälle verantwortlich(178). Dadurch erklärt sich die geringere Rate an Frühverstorbenen in den Lebensbornheimen und die daraus folgende niedrigere Säuglingssterblichkeit. Das Lebensbornheim Pommern verzeichnete bei der höchsten Rate an operativen Geburten die geringste Säuglings- und perinatale Sterblichkeit aller Heime. Die dort durchgeführte, mit Universitätsfrauenkliniken vergleichbare Geburtshilfe (s.u.) führte in Kombination mit einer geringen Rate an Frühgeburten zu der außerordentlich niedrigen Rate an Frühverstorbenen. Im statistischen Vergleich wies das Heim Pommern eine signifikant geringere Frühsterblichkeitsrate auf als das Heim Harz und Gesamtdaten des Lebensborn.

Die perinatale Sterblichkeit in einzelnen Lebensbornheimen schwankte zwischen 1,3% und 1,4% (Heime Pommern und Friesland) bis ca. 2% (Heime Harz und Ostmark/Wienerwald). Zudem fielen Unterschiede zwischen den Heimen bei der Betrachtung der Frühsterblichkeit auf, die von 0,24% im Heim Pommern bis 1,02% im Heim Harz reichte. Statistisch signifikant zeigte sich der Unterschied zwischen der Frühsterblichkeit im Heim Pommern und den Daten des Heimes Harz, des Lebensborn insgesamt sowie der UFK Gießen. Außerdem war die Rate an insgesamt postnatal verstorbenen Kindern in den Heimen Harz und Pommern im Vergleich zum Lebensborn insgesamt signifikant geringer.

Da für die Aufstellung der kindlichen Todesfälle im Heim Harz neben den Hebammentagebüchern und dem Geburtenbuch ebenfalls das Sterbebuch des Standesamtes Wernigerode II ausgezählt wurde, konnte erstmals eine detaillierte Trennung in Totgeburtenrate, Frühsterblichkeit und Nachsterblichkeit erfolgen, die sich deshalb zum Teil von bisherigen Erhebungen unterscheidet(vgl. 54). Dadurch konnte über vergleichende Statistik bestätigt werden, dass im Heim Harz die Nachsterblichkeit signifikant geringer war verglichen mit Gesamtdaten des Lebensborn.

Im Deutschen Reich unterschied sich die perinatale Sterblichkeit deutlich zwischen verschiedenen Kliniken sowie zwischen Anstalts- und Hausentbindungen, lag jedoch bei den Vergleichsgruppen deutlich über der Rate der Lebensbornheime(106). An der

UFK Marburg betrug die perinatale Mortalität über 7%(110),<sup>117</sup> an der UFK Gießen über 6%(106) und im Deutschen Reich insgesamt über 5%(27).

Die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich wies regionale Unterschiede auf. Von 1935 und 1939 lag die Säuglingssterblichkeit in Bayern zwischen 7% bis 9% gegenüber den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin mit lediglich ca. 5%(164,179). Insgesamt lag die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, wie Conti es in vergleichenden Statistiken korrekterweise angeführt hatte, zwischen 6% und 7%, wobei auch hier die Nachsterblichkeit in der Regel höher lag als die Frühsterblichkeit(176). Die Säuglingssterblichkeit im Lebensborn war demnach mit 3,6% bis 4% deutlich niedriger als im Deutschen Reich. Als zusätzliche Vergleichsgruppe konnte eine Entbindungsanstalt herangezogen werden, die als Ausweichstelle für die von Luftangriffen gefährdete Kölner UFK eingerichtet wurde. Zwischen August 1943 bis Jahresende 1944 betrug die Kindersterblichkeit 4% bei vergleichbarer Kapazität eines Lebensbornheimes(26).

Interessanterweise war die Säuglingssterblichkeit unehelich geborener Kinder in den Dreißigerjahren im Deutschen Reich höher als die von ehelichen Kindern(164). Dies legt wiederum (wie bereits bei der Frühgeburtenrate) nahe, dass die unverheirateten Lebensbornmütter nicht ohne weiteres mit Unehelichen im Deutschen Reich verglichen werden können. Die Ergebnisse der Lebensbornheime zeigten nämlich diesbezüglich nicht nur abweichende, sondern den gesamtdeutschen Statistiken über eheliche und unverheiratete Schwangere bzw. Mütter entgegengesetzte Tendenzen. Eine Erklärung liegt wahrscheinlich in exogenen Faktoren und der besonderen Umstände der Lebensbornmütter, z.B. die frühere Heimaufnahme vor der Entbindung. Unterstützt wird dies durch deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeiten bei Hausschwangeren in Berlin von 4,38% und in Königsberg von sogar lediglich 3,41%(172). Die Lebensbornarbeit ist also nicht nur als Zusammenstellung geburtshilflicher Ergebnisse im Gefüge zwischen häuslicher und klinischer Geburtshilfe der damaligen Zeit einzuordnen. Vielmehr stellten die Lebensbornmütter ein besonderes Patientinnenkollektiv dar, allerdings nicht, wie der Lebensborn propagierte, aufgrund der strengen, rassenhygienisch begründeten Aufnahmebedingungen. Die Ursachen für die niedrige Säuglingssterblichkeit lagen vielmehr in der organisationsspezifischen Zielsetzung der Aufnahme vor allem junger,

---

<sup>117</sup> In derselben Quelle ist als "perinatale Sterblichkeit" die Sterblichkeit vor, während und nach der Geburt bis zum dritten Lebenstag definiert(110).



unverheirateter Frauen, die zu einer niedrigeren Komplikationsrate und Risiken für kindliche Sterblichkeit führte.

#### **4.4 Geburtshilfliche Maßnahmen**

Die Amniotomie zur Geburtseinleitung resp. -beschleunigung wurde in den Lebensbornheimen unterschiedlich häufig angewandt und war im Ergebnis vergleichbar mit Kliniken im Deutschen Reich der 1930er Jahre. Die Häufigkeiten verschiedener deutscher Kliniken variierten dabei zwischen 0,53%, 2,4%(26) und 17,38%(136). Die Rate an durchgeführten Blasensprengungen war demnach ähnlich wie in Krankenhäusern abhängig von der fachlichen Meinung und Expertise, die der jeweilige Heimarzt im Rahmen der zeitgenössischen Diskussion über die Wertigkeit einer künstlichen Blasensprengung zur Geburtseinleitung vertrat.

Die geburtshilfliche Arbeit in den Heimen wurde allerdings nicht nur durch die Anweisungen der fachärztlichen Berater des Lebensborn und die Fachkompetenz des Heimarztes beeinflusst, sondern auch durch die besondere Zusammenstellung der Patientinnengruppe. Die grundsätzliche Altersverteilung in den Lebensbornheimen mit sehr jungen, d.h. 20- bis 24-jährigen, erstgebärenden Frauen muss im Vornherein als günstige Ausgangssituation für die Lebensbornarbeit mit der Förderung möglichst nicht-operativer Geburtshilfe eingestuft werden. Verschiebungen dieser Verteilung, wie zum Beispiel der erhöhte Anteil über 30-jähriger Erstgebärender im Heim Pommern bis 1943, konnten dabei die durchgeführte Geburtshilfe beeinflussen, da bei ihnen das Risiko sowohl für maternale und kindliche Geburtskomplikation als auch für eine operative Beendigung der Geburt anstieg(145).

Aufgrund deutlich unterschiedlicher Häufigkeiten operativer Geburten zwischen den Heimen wurden einzelne Heimdaten mit Angaben aus dem Deutschen Reich verglichen. Das Heim Pommern verzeichnete eine überdurchschnittlich hohe Rate operativer Geburten und erreichte mit über 10% einen ähnlichen Anteil wie die klinische Geburtshilfe an der UFK Rostock(1). An anderen Universitätsfrauenkliniken, zum Beispiel der UFK Köln, lag der Anteil an operativen Geburten jedoch auch deutlich über der Rate des Heimes Pommern(26). Im Heim Harz wurde dagegen eine derart konservative Geburtshilfe betrieben, dass die Rate operativ beendeter Geburten im

Bereich bzw. sogar unter der Rate der häuslichen Geburtshilfe lag(1,105).<sup>118</sup> Das Heim Pommern ist demnach bezüglich der operativen Geburten im Bereich zwischen der klinischen und häuslichen Geburtshilfe einzuordnen. Der Lebensborndurchschnitt von 4,1% siedelte sich insgesamt jedoch unter dem Durchschnitt häuslicher Geburtshilfe an, wobei berücksichtigt werden muss, dass Extraktionen offensichtlich in der Lebensbornstatistik nicht erfasst wurden. Im Heim Pommern wurden jedoch bei überdurchschnittlich hoher Rate an operativen Geburten und damit auf Kosten der eigentlichen Lebensbornphilosophie nach konservativer Geburtshilfe die besten Ergebnisse aller Lebensbornheime hinsichtlich der perinatalen Sterblichkeit erzielt.

Die Forcepsfrequenz war im Heim Pommern bis Jahresende 1942 ungefähr doppelt so hoch wie im Heim Harz und überdurchschnittlich hoch im Vergleich zum Lebensborndurchschnitt. Sowohl in der häuslichen Geburtshilfe wie auch an Universitäts- und Landesfrauenkliniken schwankten die Raten an Forcepsentbindungen in einem vergleichbaren Rahmen wie zwischen den Lebensbornheimen (1,26,105,112,136,178). Die Angaben reichten bei Hausgeburten von knapp 3% bis 5%(105,166) und bei Klinikgeburten von 2% bis 7%(26,116). An größeren Kliniken lag die Rate etwas höher bei bis zu 7% aufgrund der Tatsache, dass Frauen mit höherem Risiko für Komplikationen in der Schwangerschaft und unter der Geburt, zum Beispiel alte Erstgebärende, Schwangere mit einem (vermuteten) Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, Lageanomalien etc. zur weiteren Betreuung und Behandlung eher in eine Klinik aufgenommen wurden. Die Häufigkeit der Zangengeburt in den Lebensbornheimen lag in einem vergleichbaren Rahmen wie die klinische und häusliche Geburtshilfe im Deutschen Reich. Die erhöhte Rate an Zangenentbindungen im Heim Pommern, vergleichbar mit Raten in der klinischen Geburtshilfe, lässt sich ebenso wie die Häufigkeit operativer Geburten insgesamt durch die höhere Anzahl Erstgebärender über 30 Jahren erklären.

Über Wendungen und ganze Extraktionen gaben lediglich die Statistiken über das Heim Pommern bis zum Jahresende 1942 sowie die Bücher des Heimes Harz Auskunft.

---

<sup>118</sup> Mikulicz-Radecki berichtete über eine Rate an operativen Geburten von 6,1%, führte jedoch 1416 operative Geburten auf 240567 Hebammengeburten an, was einem Prozentsatz von 0,59% entspräche. Es wird an dieser Stelle von einem Schreibfehler bei der Anzahl der operativen Geburten ausgegangen(105).

Erschwerend für einen Vergleich kam hinzu, dass bei der Dokumentation weder differenziert wurde, ob eine Wendung zur Fußlage oder Kopflage des Kindes erfolgte, noch, in wie vielen Fällen Extraktionen nach einer Wendung erfolgten. Aufgrund dieser Unklarheit über die geburtshilfliche Situation, in denen die Wendungen im Heim Pommern durchgeführt wurden, konnte die Kategorie „Wendungen“ nicht vergleichend mit Daten aus dem Deutschen Reich ausgewertet werden.

Die Rate der Extraktionen bei Beckenendlage im Heim Pommern lag mit knapp 4% im Vergleich zu gesamtdeutschen Daten deutlich über der Rate der häuslichen Geburtshilfe(1) und sogar über der Rate an der UFK Rostock(1). An der I. UFK München schwankte diese im betrachteten Zeitraum zwischen 1933 und 1945 zwischen 0% und knapp 7%(25). Im Heim Harz lag der Anteil an Wendungen und Extraktionen noch unter der Häufigkeit der häuslichen Geburtshilfe(113).

Manuelle Plazentalösungen wurden in weniger als 0,7% der Geburten in den Heimen Pommern und Harz durchgeführt. Im Deutschen Reich wurden manuelle Plazentalösungen sowohl bei Haus- als auch bei Klinikgeburten häufiger durchgeführt. Während bei Hausgeburten die Rate nur knapp über 1% lag (kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Geburtshilfe im häuslichen Umfeld und im Heim Harz), schwankte die Rate in der klinischen Praxis sogar zwischen 2% und über 3%(1,26). In den Lebensbornheimen und bei Hausgeburten wurden damit im Vergleich zu Universitätskliniken statistisch signifikant weniger manuelle Plazentalösungen vorgenommen. Im Heim Pommern lag die Rate an manuellen Plazentalösungen sogar signifikant unter der Rate bei Hausgeburten.

Die durchschnittliche Episiotomierate zwischen 10% bis 12% in den Lebensbornheimen ist im Vergleich mit Daten aus dem Deutschen Reich insgesamt im Bereich der klinischen Geburtshilfe anzusiedeln. Heimspezifische Durchschnittsraten reichten jedoch von ca. 6% bis knapp 17%. In der Universitätsklinik Köln und der Frauenklinik Elberfeld lag die Häufigkeit an Episiotomien nur leicht über dem Lebensbornschnitt(26,136). An der I. UFK München konnte eine deutliche höhere Rate an Episiotomien bei Privatpatientinnen gegenüber Allgemeinpatientinnen herausgearbeitet werden(25). Moissl führte diese Verteilung auf das höhere Durchschnittsalter der Erstgebärenden in der Gruppe der Privatpatientinnen zurück. Dieser Umstand könnte auch für die zahlreichen, beträchtlichen Schwankungen unter

den verschiedenen Lebensbornheimen und im zeitlichen Verlauf ursächlich sein. Beispielsweise verzeichnete das Heim Hochland einen Anstieg der Episiotomierate zwischen dem zweiten und dritten Quartal 1941 von 0% auf 9,09%.<sup>119</sup> Bestätigt wird diese Vermutung zusätzlich durch die Rate an Episiotomien im Heim Pommern, die im Vergleich mit den anderen Lebensbornheimen die höchste ist und analog zu Moissls Erklärung auf die größere Anzahl älterer Erstgebärender zurückzuführen ist.

Auch wenn jedes der Lebensbornheime grundsätzlich für die Durchführung von Schnittenbindungen eingerichtet war, spielten diese in der praktizierten Geburtshilfe mit einer Rate von unter 0,5% eine untergeordnete Rolle. Unterschiede im Prozedere nach Indikationsstellung zur Sectio zeigten sich im Vergleich zwischen den Heimen Pommern und Harz. Im Heim Pommern wurden bis Jahresende 1942 vier Sectiones durchgeführt, wohingegen bis 1945 im Heim Harz lediglich eine Sectio erfolgte. Drei weitere Schwangere wurden zur Schnittenbindung aus dem Heim Harz in ein Krankenhaus verlegt. Trotz des vergleichsweise geringen Zahlenmaterials wird deutlich, dass die operative Arbeit der Heime starke Unterschiede aufwies vermutlich abhängig von der fachlichen Kompetenz und Erfahrung der Heimärzte.

Schnittenbindungen waren im Deutschen Reich auf Krankenhäuser und geburtshilfliche Anstalten beschränkt, im Rahmen der häuslichen Geburtshilfe wurden sie nicht durchgeführt. Im Deutschen Reich lag die Rate an Schnittenbindungen im Jahr 1938 insgesamt bei 3,3%(120).<sup>120</sup> Die Rate hing jedoch sowohl von der ärztlichen Einstellung gegenüber Sectiones und der operativen Expertise in den Anstalten ab als auch natürlich vom Anteil der Schwangeren mit Indikation zu einer Sectio. So zeichnete sich eine ähnliche Differenz wie zwischen den Lebensbornheimen bei der Betrachtung einzelner (Universitäts-)Kliniken ab. Neben Sectionaten zwischen 1% bis 2% an Universitätskliniken im Großdeutschen Reich verzeichnete beispielsweise die UFK Jena eine Rate von 10%(26,178,180,181). Die Mehrheit der Kliniken, darunter auch die geburtshilfliche Ersatzklinik der gefährdeten UFK Köln, verzeichnete Sectionaten zwischen 3% bis 5%(1,26,120,182).

---

<sup>119</sup> Relativierend muss ergänzt werden, dass es sich im dritten Quartal um lediglich drei Episiotomien auf 33 Entbindungen handelte.

<sup>120</sup> In Tabelle 2 wurde die Häufigkeit an Sectiones auf 3,3% berechnet bei 5675 Kaiserschnitten auf 172460 Geburten. Tabelle 1 zeigte jedoch 7024 gemeldete Kaiserschnitte im Jahr 1938 (120)(vgl. S. 494).

Die Rate an Schnittenbindungen war in den Lebensbornheimen demnach um ein Vielfaches geringer als in Universitätskliniken und vergleichbaren Entbindungsanstalten. Es bleibt offen, ob die allgemeine Anweisung zu nicht-operativer Geburtshilfe aus Angst vor fehlerhafter Durchführung der Eingriffe angeordnet und befolgt wurde und damit als Selbsteingeständnis der teilweise fachlich unzureichend ausgebildeten Ärzte gewertet werden kann. Fakt ist, dass trotz der Möglichkeit zu Schnittenbindungen die Sectio eine untergeordnete Rolle in der Geburtshilfe der Lebensbornheime spielte.

Zerstückelnde Operationen konnten lediglich zu einem sehr geringen Anteil von weniger als 0,2% im Heim Harz nachgewiesen werden. Da die erste dokumentierte Dekapitation im Jahr 1941 durchgeführt wurde, lässt sich aufgrund fehlender Gesamtstatistiken nach Jahresende 1940 nicht sagen, ob zerstückelnde Operationen in den Lebensbornstatistiken überhaupt aufgenommen oder bewusst weggelassen wurden. Bei der gängigen Praxis und der nachgewiesenen fehlerhaften bzw. möglicherweise bewussten Fälschung von Statistiken des Lebensborn erscheint es zumindest vorstellbar, dass in einer Organisation, in der die Kinder als wichtigster Baustein für das zu errichtende "1000-jährige Reich" angesehen wurden, derartige Eingriffe bewusst in der offiziellen Statistik ausgelassen wurden.

Im Deutschen Reich war der Anteil an zerstückelnden Operationen bis in die 1930er Jahre stark zurückgegangen und lag insgesamt ebenfalls bei einem mit dem Heim Harz vergleichbaren niedrigen Prozentsatz(1). Für die UFK Köln konnte jedoch eine Verdopplung der Rate an zerstückelnden Operationen vom Jahr 1937 bis auf knapp über 1% im Jahr 1941 verzeichnet werden(26).

## 5. Schlussfolgerung

In den acht Lebensbornheimen, die zwischen 1936 und 1945 im „Großdeutschen Reich“ in Betrieb genommen wurden, kamen insgesamt mindestens 7089 Kinder zur Welt, deren Mütter im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie ausgewählt wurden. Himmler hatte den Lebensborn mit der Intention gegründet, unverheirateten Müttern ein geschütztes Umfeld für die Zeit vor und nach der Geburt ihrer Kinder ohne gesellschaftliche Ächtung zu bieten und dadurch die Anzahl der Abtreibungen zu reduzieren. Der Lebensborn wurde jedoch mit seinen Entbindungsheimen im Großdeutschen Reich der zugedachten Rolle als Institution zur Geburtensteigerung und zur Bekämpfung der hohen Abtreibungsrate nicht annähernd gerecht. Auch wenn die Geburtenzahlen im Verlauf stetig zunahmen, war der bevölkerungspolitische Effekt der Lebensbornheime mit ca. 8000 geborenen Kindern über knapp neun Jahre verschwindend gering vor allem unter Berücksichtigung der von Himmler selbst angesetzten Schätzung von jährlich 600 000 bis 800 000 Abtreibungen. Außerdem musste Himmler feststellen, dass die gesellschaftliche Abneigung gegenüber der unverheirateten Mutter und ihres unehelichen Kindes tief verwurzelt war und eine Organisation wie der Lebensborn selbst in den Reihen der SS zuweilen abgelehnt wurde.

Aufgrund der besonderen Zielsetzung des Lebensborn ergab sich ein Frauenkollektiv, welches vor allem durch unverheiratete, junge Erstgebärende gebildet wurde, die meist schon mehrere Wochen vor der Geburt in den Heimen aufgenommen wurden. Zusätzlich wurden nach der gynäkologischen Untersuchung im Rahmen der Antragstellung höchstwahrscheinlich Frauen abgelehnt, bei denen mit einem höheren Risiko für geburtsassoziierte Komplikationen zu rechnen war, beispielsweise bei Mehrlingsgeburten.

Die in dieser Arbeit dargestellten geburtshilflichen Ergebnisse sind hinsichtlich maternaler und kindlicher Komplikationen unter der Geburt vergleichbar mit geburtshilflichen Ergebnissen der damaligen Zeit. Es ließen sich jedoch statistisch signifikant geringere Raten an Totgeburten und Frühgeburten sowie maternalen Komplikationen im Wochenbett (Thrombosen, Wochenbettfieber) in den Lebensbornheimen nachweisen, für das Heim Pommern ergab sich eine signifikant geringere Frühsterblichkeit im Vergleich zu anderen Lebensbornheimen und Universitätskliniken im Deutschen Reich. Allerdings sind diese Unterschiede wahrscheinlich eher auf das von vornherein risikoärmere Patientinnenkollektiv

(Selektionseffekt) zurückzuführen als auf die praktizierte Geburtshilfe in den Lebensbornheimen. Die geburtshilfliche Arbeit in den Heimen wurde ähnlich der häuslichen Geburtshilfe vermutlich vielfach um die Fälle mit absehbaren peripartalen Komplikationen reduziert.

Um die Ergebnisse der einzelnen Heime auswerten und optimieren zu können, wurden beratende Fachärzte, die SS-Mitglieder waren, beim Lebensborn angestellt. Die beratenden Ärzte evaluierten jedoch nicht nur halbjährlich die fachärztliche Versorgung der Säuglinge, Schwangeren und Wöchnerinnen, sondern waren auch für die Inspektion der Einrichtungen sowie für medizinische Fortbildungen des Heimpersonals verantwortlich. Im Zuge des Ausbaus der Organisation Lebensborn und der Eröffnung weiterer Heime wurden später jedem Heim zusätzliche ärztliche Fachberater aus dem lokalen Umfeld zugeteilt, die die Heime noch häufiger besuchten und die medizinische Versorgung beurteilten. Dies alles zeigt, dass die Lebensbornführung die ärztliche Arbeit in hohem Maß kontrollieren wollte.

Im nationalsozialistischen Staat war den Ärztinnen und Ärzten die aktive Mitwirkung an der Bevölkerungspolitik zur Sicherung der "Volksgesundheit" über Maßnahmen wie "Auslese" und "Ausmerze" aufgetragen worden. Dr. med. Arthur Gütt (1891 bis 1949), Mitverfasser des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses", fasste es 1933 wie folgt zusammen:

"(...) es gilt Rassedienst am deutschen Volke zu leisten! Dies ist die vornehmste Aufgabe des deutschen Arztes im Dritten Reich!"(zitiert in 184)

Die beratenden Fachärzte des Lebensborn hatten alle relativ hohe SS-Dienstgrade inne und waren bereits früh der NSDAP und SS beigetreten. Sie müssen demnach als überzeugte Nationalsozialisten gelten, die die nationalsozialistischen Ideologien, im Lebensborn vor allem den Dualismus von Pro- und Antinatalismus, aktiv zu unterstützen suchten. Mit der Anstellung als ärztliche Berater beim Lebensborn bot sich für diese Ärzte die Möglichkeit, ihrer vom NS-Staat propagierten Aufgabe nachzukommen und sich vor den Augen hoher SS-Funktionäre und nicht zuletzt vor Himmler selbst zu profilieren. Ob und inwieweit dies tatsächlich Einfluss auf die persönlichen Karrieren der Ärzte in und außerhalb der SS genommen hat, lässt sich nur vermuten. Allerdings lassen zwei Beförderungsmeldungen Hans Mackenrodts an

Gregor Ebner seit seiner Anstellung 1940 bis 1943 einen Zusammenhang möglich erscheinen.

Es konnten deutliche Unterschiede in der durchgeführten Geburtshilfe in verschiedenen Lebensbornheimen gezeigt werden, die auf die individuelle Tätigkeit der Heimärzte zurückzuführen ist und zu starken Differenzen der perinatalen Sterblichkeit führten. Es ließ sich darstellen, dass das Heim Pommern die niedrigste perinatale Sterblichkeit aller Lebensbornheime verzeichnete. Interessanterweise wurden dort jedoch entgegen der Lebensbornphilosophie einer möglichst konservativen Geburtshilfe verhältnismäßig viele Geburten operativ beendet. Dies spricht in diesem Fall für eine erfolgreiche, mit Ergebnissen der damaligen klinischen Geburtshilfe vergleichbare Arbeit.

Insgesamt stellten die Entbindungsheime des Lebensborn eine Synthese von klinischer und häuslicher Geburtshilfe der 1930er und 1940er Jahre dar, die je nach Erfahrung und Ausbildung des medizinischen Personals zu eher operativer oder nicht-operativer Geburtshilfe tendierte. Der Umstand, dass die Heimärzte keine Frauenärzte und Geburtshelfer sein mussten, im Heim Wienerwald sogar zeitweise ein Zahnarzt als ärztlicher Leiter fungierte, führte jedoch nicht zu einer Häufung von peripartalen Komplikationen für die Mütter und Kinder.

Die vorliegende Arbeit umfasst eine deskriptive Datenanalyse und unternimmt eine Bewertung der Perinataldaten in den Lebensbornheimen im Großdeutschen Reich, die sich vor allem auf die erstmalige Datenerhebung möglichst vollständiger geburtshilflicher Ergebnisse konzentrierte und diese in den (medizin-)historischen Kontext einordnete.



## 6. Anhang

### zu Anm. 3:

Urteil aus dem VIII. Folgeprozess des Amerikanischen Militärgerichtshofs I in Nürnberg am 10. März 1948 (deutsche Übersetzung zitiert aus(3)):

"Aus dem Beweismaterial geht klar hervor, dass der Verein "Lebensborn", der bereits lange vor dem Krieg bestand, eine Wohlfahrtseinrichtung und in erster Linie ein Entbindungsheim war. Von Anfang an galt seine Fürsorge den Müttern, sowohl den verheirateten wie den unverheirateten, sowie den ehelichen wie den unehelichen Kindern. (...) Aus dem Beweismaterial geht klar hervor, dass der "Lebensborn" unter den zahlreichen Organisationen in Deutschland, die sich mit ausländischen, nach Deutschland verbrachten Kindern befassten, die einzige Stelle war, die alles tat, um den Kindern eine angemessene Fürsorge zuteil werden zu lassen, um die rechtlichen Interessen der unter seine Obhut gestellten Kinder zu wahren."

### zu Anm. 37: Dienstgrade in der SS(3)

Sturmmann

Rottenführer

Unterscharführer

Scharführer

Oberscharführer

Untersturmführer

Obersturmführer

Hauptsturmführer

Sturmbannführer

Obersturmbannführer

Standartenführer

Oberführer

Brigadeführer

Gruppenführer

Obergruppenführer

Oberstgruppenführer

## zu Anm. 54:

1.	2.	3.	4.	5.	6.
Spe. Nr.	a) Tag und Stunde der Geburt (Fehlgeburt) b) Wieviel Stunden dauerte die Geburt? c) Wann traf d. Hebamme bei d. Gebärenden ein?	a) Name, Stand, Alter, Wohnort, Wohnung der Entbundenen (bei Verheirateten: Name und Stand des Ehemannes) b) Wievielte Geburt? c) Geburtsort (Wohnung — Anhalt)	a) Zahl b) Lage c) Geschlecht des Kindes? d) Datum der letzten Menstruation? e) Länge f) Kopfumfang g) Gewicht des Kindes?	a) Regelwidrigkeiten während der Geburt und in der Nachgeburtszeit? b) Wurde eine innere oder eine Mastdarmuntersuchung vorgenommen, und warum?	a) Blieb die Mutter gesund? b) Erkrankte sie, woran und an welchem Tage nach d. Geburt? c) Starb sie, woran und an welchem Tage nach der Geburt?
1	a) 6. April, 11 Uhr  b) 12 ¼ Std.  c) 6. April 1 Uhr (nachts)	a) <u>Bittenfeld</u> Margarete, geb. Wilhelm  37 Jahre alt  Spandau, Kaiserstraße 41 Frau des Kaufmanns <u>Karl Bittenfeld</u>  b) Die zweite Geburt  c) in der Wohnung	a) —  b) I. Schädellage  c) weiblich  d) 2. August v. J.  e) 53 cm  f) 34 cm  g) 3500 gr	a) Dammriß nach Anlegung der Zange mit starker Blutung      b) Mastdarmuntersuchung wegen Wehenschwäche	a) ja  b) —  c) —
2 a	a) 10. April 12 Uhr mit-tags  b) 5 Std.  c) 7 ½ Uhr	a) <u>Arnold</u> Ilse, geb. Sachse  Spandau Hauptstraße 43 III  28 Jahre alt  Frau des Gärtners <u>Arnold</u>  b) Die dritte Geburt  c) in der Wohnung	a) — b) II. Schädellage c) Knabe d) 3. August v. J. e) 50 cm f) 33 cm g) 2500 gr	—	a) ja b) — c) —
b	a) 10. April, 12 ½ Uhr  b) 5 ½ Std.  c) 7 ½ Uhr		a) — b) Steißlage c) Mädchen d) 3. August v. J. e) 50 cm f) 32 cm g) 2300 gr	Wehenschwäche	
3	a) 11. April 17 Uhr (Fehlgeburt)  b) 3 Std.  c) 16 Uhr	a) <u>Henning</u> Amalie, geb. Ritter  23 Jahre alt  Frau des Eisenbahnassistenten <u>Karl Henning</u>  Spandau, Breite Straße 6  b) Erste Geburt  c) in der Wohnung	a) —  b) nicht c) ausgebildet  d) 31. Dez. v. J.  e) 9 cm  f) — g) —	seit drei Tagen etwas Blut abgegangen     am 11. April, 17 Uhr, stärkste Blutung mit Wehenbeginn	a) nein  b) sie erkrankte am 2. Tage an Kindbett-fieber  c) sie starb am 9. Tage nach der Geburt

Um mehrere Beispiele geben zu können,

Abbildung 46: Beispieleintragungen im Hebammentagebuch Lebensbornheim Harz Seite 1, Kopie aus dem Stadtarchiv Wernigerode, Tagebuch der Hebamme für das Jahr 1941

7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.																																																																	
a) War das Kind totgeboren: erweicht, nicht erweicht, aber vor der Geburt abgestorben? oder war es lebend geboren? b) War es scheinot? c) Wieß es in den ersten 10 Tagen gesund? d) Erkrankte es, woran, an welchem Tage? e) Starb es in den ersten 10 Tagen, an welchem Tage, woran?	Wurde das Kind durch die Mutter oder eine Amme gestillt oder nicht?  Warum nicht?	a) Durch wen wurde die Geburt beim Standesamt gemeldet?  b) Warum erfolgte keine Anzeige?	Welche Kunsthilfe wurde durch die Hebamme geleistet und aus welchem Grunde?	a) War ein Arzt zugezogen? b) Name des Arztes c) Welche Kunsthilfe wurde durch den Arzt geleistet?	Wurde die Versorgung während der Geburt oder des Wochenbettes von der Hebamme abgegeben, wann und an wen?	Temperatur und Puls der Frau während der Geburt und im Wochenbett <table><tr><th>Tag d. Geburt</th><th>Morgens Temp.</th><th>Abends Puls</th></tr></table>	Tag d. Geburt	Morgens Temp.	Abends Puls																																																														
Tag d. Geburt	Morgens Temp.	Abends Puls																																																																					
a) lebend  b) scheinot  c) gesund  d) nein  e) nein	von einer Amme; wegen Milchmangels der Mutter  4 Tage lang wurde vergeblich versucht, von der Mutter Milch zu erlangen	a) durch den Vater  b) —	keine Kunsthilfe	a) ja  b) Dr. Müller  Spandau, Gartenstr. 3  c) Anlegung der Zange, tiefliegende Dammnaht	nein	<table><tr><td>1. 6. 4.</td><td>37,2</td><td>74</td><td>—</td><td>—</td></tr><tr><td>2. —</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr><tr><td>d. Woch. Bettes</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1. 6. 4.</td><td>—</td><td>—</td><td>37,0</td><td>68</td></tr><tr><td>2. 7. 4.</td><td>36,2</td><td>62</td><td>36,6</td><td>64</td></tr><tr><td>3. 8. 4.</td><td>36,0</td><td>58</td><td>36,4</td><td>60</td></tr><tr><td>4. 9. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,5</td><td>60</td></tr><tr><td>5. 10. 4.</td><td>36,3</td><td>60</td><td>36,4</td><td>60</td></tr><tr><td>6. 11. 4.</td><td>36,2</td><td>60</td><td>36,3</td><td>60</td></tr><tr><td>7. 12. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,0</td><td>60</td></tr><tr><td>8. 13. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,1</td><td>60</td></tr><tr><td>9. 14. 4.</td><td>36,1</td><td>62</td><td>36,2</td><td>62</td></tr><tr><td>10. 15. 4.</td><td>36,0</td><td>62</td><td>36,2</td><td>62</td></tr></table>	1. 6. 4.	37,2	74	—	—	2. —	—	—	—	—	d. Woch. Bettes					1. 6. 4.	—	—	37,0	68	2. 7. 4.	36,2	62	36,6	64	3. 8. 4.	36,0	58	36,4	60	4. 9. 4.	36,0	60	36,5	60	5. 10. 4.	36,3	60	36,4	60	6. 11. 4.	36,2	60	36,3	60	7. 12. 4.	36,0	60	36,0	60	8. 13. 4.	36,0	60	36,1	60	9. 14. 4.	36,1	62	36,2	62	10. 15. 4.	36,0	62	36,2	62
1. 6. 4.	37,2	74	—	—																																																																			
2. —	—	—	—	—																																																																			
d. Woch. Bettes																																																																							
1. 6. 4.	—	—	37,0	68																																																																			
2. 7. 4.	36,2	62	36,6	64																																																																			
3. 8. 4.	36,0	58	36,4	60																																																																			
4. 9. 4.	36,0	60	36,5	60																																																																			
5. 10. 4.	36,3	60	36,4	60																																																																			
6. 11. 4.	36,2	60	36,3	60																																																																			
7. 12. 4.	36,0	60	36,0	60																																																																			
8. 13. 4.	36,0	60	36,1	60																																																																			
9. 14. 4.	36,1	62	36,2	62																																																																			
10. 15. 4.	36,0	62	36,2	62																																																																			
a) lebend b) scheinot c) ja d) nein e) nein	durch die Mutter	a) durch die Hebamme	keine Kunsthilfe	a) nein  b) —  c) —	nein	<table><tr><td>1. 10. 4.</td><td>36,9</td><td>68</td><td>—</td><td>—</td></tr><tr><td>2. —</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr><tr><td>d. Woch. Bettes</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1. 10. 4.</td><td>—</td><td>—</td><td>37,1</td><td>68</td></tr><tr><td>2. 11. 4.</td><td>36,2</td><td>64</td><td>36,4</td><td>64</td></tr><tr><td>3. 12. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,6</td><td>62</td></tr><tr><td>4. 13. 4.</td><td>36,2</td><td>60</td><td>36,2</td><td>62</td></tr><tr><td>5. 14. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,1</td><td>62</td></tr><tr><td>6. 15. 4.</td><td>36,2</td><td>62</td><td>36,2</td><td>62</td></tr><tr><td>7. 16. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,0</td><td>62</td></tr><tr><td>8. 17. 4.</td><td>36,0</td><td>62</td><td>36,2</td><td>60</td></tr><tr><td>9. 18. 4.</td><td>36,0</td><td>60</td><td>36,1</td><td>60</td></tr><tr><td>10. 19. 4.</td><td>36,2</td><td>62</td><td>36,2</td><td>60</td></tr></table>	1. 10. 4.	36,9	68	—	—	2. —	—	—	—	—	d. Woch. Bettes					1. 10. 4.	—	—	37,1	68	2. 11. 4.	36,2	64	36,4	64	3. 12. 4.	36,0	60	36,6	62	4. 13. 4.	36,2	60	36,2	62	5. 14. 4.	36,0	60	36,1	62	6. 15. 4.	36,2	62	36,2	62	7. 16. 4.	36,0	60	36,0	62	8. 17. 4.	36,0	62	36,2	60	9. 18. 4.	36,0	60	36,1	60	10. 19. 4.	36,2	62	36,2	60
1. 10. 4.	36,9	68	—	—																																																																			
2. —	—	—	—	—																																																																			
d. Woch. Bettes																																																																							
1. 10. 4.	—	—	37,1	68																																																																			
2. 11. 4.	36,2	64	36,4	64																																																																			
3. 12. 4.	36,0	60	36,6	62																																																																			
4. 13. 4.	36,2	60	36,2	62																																																																			
5. 14. 4.	36,0	60	36,1	62																																																																			
6. 15. 4.	36,2	62	36,2	62																																																																			
7. 16. 4.	36,0	60	36,0	62																																																																			
8. 17. 4.	36,0	62	36,2	60																																																																			
9. 18. 4.	36,0	60	36,1	60																																																																			
10. 19. 4.	36,2	62	36,2	60																																																																			
a) lebend b) scheinot c) ja d) nein e) nein		b) —	Lösung der Arme und des Kopfes durch die Hebamme infolge von Wehenschwäche																																																																				
a) erweicht  b) —  c) —  d) —  e) —	trifft nicht zu	a) nein  b) § 3 Abs. 3 der Dienst-anweisung	keine	a) ja  b) Dr. Hauschild  Spandau, Breite Str. 9  c) —	An Schwester Erna Schmidt, Spandau, Wattstraße 8 am 13. 4.	<table><tr><td>1. 11. 4.</td><td>—</td><td>—</td><td>37,2</td><td>72</td></tr><tr><td>d. Woch. Bettes</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1. 12. 4.</td><td>37,3</td><td>72</td><td>37,9</td><td>76</td></tr><tr><td>2. 13. 4.</td><td>40,2</td><td>116</td><td>Schüttelfrost</td><td></td></tr></table> <p>Meldung beim Amtsarzt, auf dessen Anordnung die weitere Pflege aufgegeben und eine Wochenpflegerin angenommen wurde, siehe Spalte 12.</p>	1. 11. 4.	—	—	37,2	72	d. Woch. Bettes					1. 12. 4.	37,3	72	37,9	76	2. 13. 4.	40,2	116	Schüttelfrost																																														
1. 11. 4.	—	—	37,2	72																																																																			
d. Woch. Bettes																																																																							
1. 12. 4.	37,3	72	37,9	76																																																																			
2. 13. 4.	40,2	116	Schüttelfrost																																																																				

Kopie

Stadt Wernigerode

Städte only

sind auf diesen Seiten drei Fälle eingetragen!

sind auf diesen Seiten drei Fälle eingetragen!

Abbildung 47: Beispieleintragungen im Hebammentagebuch Lebensbornheim Harz Seite 2, Kopie aus dem Stadtarchiv Wernigerode, Tagebuch der Hebamme für das Jahr 1941

## 7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geburtenziffer im Deutschen Reich von 1900 bis 1933(9) .....	11
Abbildung 2: Bevölkerungszuwachs im Deutschen Reich zwischen 1920 und 1933(9) .....	12
Abbildung 3: Anteil der unehelich Geborenen auf 100 Lebendgeborene im Zeitraum von 1905 bis 1933(9).....	13
Abbildung 4: Geburtshilfliches Gutachten, Heim Hochland 1938, Seite 1 und 2(58) .....	31
Abbildung 5: Geburtenanzahl des Heimes Hochland pro Quartal im Zeitraum vom September 1936 bis Mai 1945.....	70
Abbildung 6: Geburtenzahlen pro Jahr in den Heimen Hochland, Harz und Schwarzwald zwischen 1936 und 1945.....	71
Abbildung 7: Geburtenanzahl der Heime Pommern, Friesland, Kurmark und Ostmark/Wienerwald pro Quartal im Zeitraum vom April 1939 bis Juni 1941(121) .....	72
Abbildung 8: Geburtenanzahl der Heime Friesland und Pommern pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945 .....	73
Abbildung 9: durchschnittliche Anzahl der Lebendgeborenen pro Monat in den Lebensbornheimen in verschiedenen Zeitintervallen zwischen Dezember 1936 und 1943 .....	74
Abbildung 10: Alter der Lebensbornmütter im Zeitraum vom November 1941 bis Mai 1942 sowie im Heim Harz von 1938 bis Mai 1945.....	76
Abbildung 11: Geburtsjahrgänge der Mütter im Heim Schwarzwald von November 1942 bis Mai 1945 .....	78
Abbildung 12: Paritätsstatus der Lebensbornmütter im Heim Pommern (1938 bis 1942) und Heim Harz (1938 bis 1945).....	79
Abbildung 13: Paritätsstatus der Mütter im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum zwischen 1938 bis 1945 .....	80
Abbildung 14: Anteil der ledigen Frauen unter den Aufnahmen in die Lebensbornheime im Zeitraum von 1939 bis 1942 .....	82
Abbildung 15: Anteil der verheirateten Mütter in den Heimen Pommern (1938 bis 1942), Harz (1938 bis 1945) und Schwarzwald (1942 bis 1945) .....	83
Abbildung 16: Berufsstatistik der Lebensbornmütter im Zeitraum von 1936 bis 1939 und November 1941 bis Mai 1942.....	84
Abbildung 17: Berufsstatistik der Lebensbornmütter im Heim Schwarzwald von 1942 bis 1945 .....	85

Abbildung 18: Berufsstatistik der Lebensbornväter im Zeitraum von 1936 bis 1939 und November 1941 bis Mai 1942.....	86
Abbildung 19: Anteil an Jungen in den Heimen Harz und Schwarzwald von 1938 bzw. 1942 bis 1945.....	89
Abbildung 20: Häufigkeit maternaler Komplikationen sub partu in den Lebensbornheimen pro Quartal.....	91
Abbildung 21: Häufigkeit von Dammrissen in einzelnen Heimen sowie im Durchschnitt aller Heime pro Quartal .....	92
Abbildung 22: Häufigkeit von Dammrissen insgesamt sowie ersten und zweiten Grades im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945.....	94
Abbildung 23: Häufigkeit peripartaler Komplikationen im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945 .....	95
Abbildung 24: Häufigkeit an Wochenbettkomplikationen in den Lebensbornheimen pro Quartal.....	97
Abbildung 25: Häufigkeit an Mastitiden in einzelnen Heimen sowie im Durchschnitt aller Heime pro Quartal .....	98
Abbildung 26: Wochenbettkomplikationen im Heim Harz in den Jahren 1942 und 1943 .....	99
Abbildung 27: Häufigkeit kindlicher Komplikationen im Heim Harz pro Jahr im Zeitraum von 1938 bis 1945 nach Angaben im Geburtenbuch.....	104
Abbildung 28: Säuglingssterblichkeit in den Lebensbornheimen im Zeitraum von 1940 bis 1943, Totgeburten auf 100 Geborene, Früh- und Nachsterblichkeit auf 100 Lebendgeborene .....	109
Abbildung 29: Perinatale Sterblichkeit, Totgeburtenrate und Frühsterblichkeit in den Heimen Friesland und Harz zwischen 1938 und 1945 sowie Ostmark/Wienerwald (1938 bis 31.08.1943) und Pommern (1938 bis 31.12.1942).....	113
Abbildung 30: Anteil kindlicher Sterbefälle in den Lebensbornheimen, Stand Juli 1940 .....	114
Abbildung 31: Häufigkeit ärztlicher Interventionen im Lebensborn insgesamt im Jahr 1940 (12 Monate) und im Heim Pommern zwischen September 1941 bis Dezember 1942 (16 Monate) .....	118
Abbildung 32: geburtshilfliche Maßnahmen in den Heimen Pommern (1938 bis 1942) und Harz (1938 bis 1945) .....	120
Abbildung 33: Häufigkeit an Episiotomien in den Lebensbornheimen pro Quartal .....	123



Abbildung 34: Häufigkeit an Episiotomien in einzelnen Heimen des Lebensborn pro Quartal.....	123
Abbildung 35: Häufigkeit an Episiotomien im Heim Harz im Zeitraum von 1938 bis 1945 .....	124
Abbildung 36: Rate an Wochenbettfieber im Heim Harz (1942-1943), Lebensborn gesamt (1. Quartal 1941), an der UFK Königsberg (1000 Hausschwangere) sowie der UFK Köln (1941).....	125
Abbildung 37: Thromboseraten in den Lebensbornheimen (erstes Quartal 1940) und an der UFK Köln 1941 .....	126
Abbildung 38: Thromboseraten in den Lebensbornheimen (erstes Quartal 1940, erstes und zweites Quartal 1941) und an der UFK Köln 1941 .....	127
Abbildung 39: Frühgeburtenraten im Lebensbornheim Harz (1938 bis 1945) und bei Hausgeburten im Deutschen Reich im Jahr 1936 .....	128
Abbildung 40: Totgeburtenraten in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942), Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940) sowie der UFK Gießen (1918 bis 1936).....	128
Abbildung 41: Raten an insgesamt postnatal verstorbenen Kindern in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942) sowie im Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940) .....	129
Abbildung 42: Frühsterblichkeitsraten in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942) sowie im Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940) sowie an der UFK Gießen (1918 bis 1936).....	130
Abbildung 43: Raten an Nachsterblichkeit im Heim Harz (1938 bis 1945) und dem Lebensborn insgesamt (bis zum 30.04.1940).....	131
Abbildung 44: Raten an manueller Plazentalösungen in den Heimen Harz (1938 bis 1945), Pommern (1938 bis 1942), UFK Köln (jeweils 1937 und 1941), UFK Rostock (kein Datum, 400 untersuchte Geburten) sowie bei Hausgeburten in Mecklenburg-Vorpommern (1925 bis 1935) .....	131
Abbildung 45: Eheschließungen, Geburten (gelbe Markierung) und Sterbefälle auf 1000 Einwohner. Altes Reichsgebiet im Zeitraum von 1932 bis 1. Quartal 1939 sowie Ostmark 1937 bis 1. Quartal 1939(165) .....	135
Abbildung 46: Beispielintragungen im Hebammentagebuch Lebensbornheim Harz Seite 1, Kopie aus dem Stadtarchiv Wernigerode, Tagebuch der Hebamme für das Jahr 1941 .....	162

Abbildung 47: Beispieleintragungen im Hebammentagebuch Lebensbornheim Harz

Seite 2, Kopie aus dem Stadtarchiv Wernigerode, Tagebuch der Hebamme für das Jahr

1941 ..... 163

## 8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entbindungs- und Kinderheime des Lebensborn zwischen 1936 und 1945 im „Großdeutschen Reich“ .....	23
Tabelle 2: Aufgabenfelder der ärztlichen Fachberater der Lebensbornheime .....	41
Tabelle 3: Die vier beratenden Fachärzte und ihre Aufgabenfelder beim „Lebensborn e.V.“ .....	43
Tabelle 4: Einteilung nach Fragebögen Reichsführer-SS, Stand 1942(35) .....	63
Tabelle 5: Einteilung und Definition der Sterblichkeitsraten laut Lebensbornstatistiken .....	107
Tabelle 6: Paarvergleiche über die Rate an manuellen Plazentalösungen in den o.g. Gruppen.....	132



## 9. Abkürzungsverzeichnis

ao. Prof.	außerordentlicher Professor
BEL	Beckenendlage
BDM	Bund Deutscher Mädel
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DR	Dammriss
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
LW	Lebenswochen
ggf.	gegebenenfalls
NS	Nationalsozialismus
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
resp.	respektive
RF-SS	Reichsführer-Schutzstaffel, gemeint Heinrich Himmler
RuSHA	Rasse- und Siedlungshauptamt
SA	Sturmabteilung
s. Anm.	siehe Anmerkung
sog.	so genannte
s.o.	siehe oben
SS	Schutzstaffel
s.u.	siehe unten
u.a.	unter anderem
UFK	Universitätsfrauenklinik
usw.	und so weiter
u. U.	unter Umständen
V.a.	Verdacht auf
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

## 10. Zitatverweise

S. 8	(1) Haselhorst G. Ergebnisse der Geburtshilfe in Praxis und Klinik unter Berücksichtigung der Frühgeburten. Arch Gynakol. 1939;168(1):266–94, S. 294
S. 8	(2) Rott F. Carl Flügges Grundriß der Hygiene : für Studierende und praktische Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. 1940. 889 p., S. 473
S. 12	(11) Sigmund A.M. “Das Geschlechtsleben bestimmen wir” - Sexualität im Dritten Reich. Heyne; 2008. 304 p., S. 130
S. 13	(3) Koop V. “Dem Führer ein Kind schenken” - die SS-Organisation Lebensborn e.V. Böhlau; 2007. 306 S., S. 24
S. 17	(8) Lilienthal G. Der “Lebensborn e.V.” - ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik. Fischer-Taschenbuch-Verl; 2003. 288 p., S. 94
S. 17	(18) Lebensbornprospekt, kein Datum, 4.1.0/82448969/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 20	(14) Bryant T. Himmlers Kinder - zur Geschichte der SS-Organisation “Lebensborn e.V.” 1935-1945. 2011. 352 p., S. 45
S. 21	(28) Vereinssatzung des Lebensborn e.V., 10.02.1938, Privatbesitz, S. 5
S. 21	(28) Vereinssatzung des Lebensborn e.V., 10.02.1938, Privatbesitz, S. 7
S. 24	(28) Vereinssatzung des Lebensborn e.V., 10.02.1938, Privatbesitz, S. 3
S. 24	(33) Schreiben Ebner an Zentrale - Heimaufnahmeabteilung über Heimaufnahme KM Frau L., 08.03.1941, 4.1.0/82451229/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 25	(3) Koop V. “Dem Führer ein Kind schenken” - die SS-Organisation Lebensborn e.V. Böhlau; 2007. 306 p., S. 119
S. 25	(34) Schreiben Schwab an Ebner über unterentwickeltes Kind Verlegung in Wiener Klinik zur Ausmerze, 08.04.1942, 4.1.0/82451649/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 25	(30) BStU, MfS, HA IX, Nr. 11, AB 405.

S. 26	(35) Abschrift Himmler an Lebensborn e.V. München über Fragebogen-Klassifizierung I bis IV, 26.01.1942, 4.1.0/82451317/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 26	(28) Vereinssatzung des Lebensborn e.V., 10.02.1938, Privatbesitz, S. 7
S. 27	(37) Reichsführer-SS an Sollmann über Adoptionen aus den Lebensbornheimen, 03.04.1942, 4.1.0/82448359/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 27	(39) BArch 48/28, Bericht über die Lebensbornarbeit, kein Datum, S. 4
S. 28	(14) Bryant T. Himmlers Kinder - zur Geschichte der SS-Organisation "Lebensborn e.V." 1935-1945. 2011. 352 p., S. 21ff.
S. 32	(59) Ebner an Stoeckel über Hospitation von Lebensbornärzten, 20.05.1940, 4.1.0/82448619/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 32	(57) Schreiben Ebner an SS-Sanitätshauptamt über ärztliche Tätigkeit der Lebensbornärzte, 21.01.1943, 4.1.0/82450607/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 33	(64) Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450410/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 33	(65) Ärztlicher Bericht bis 31.12.1940, kein Datum, 4.1.0/82449908/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 33	(66) Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450412/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 34	(67) Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450425/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 36	(72) BArch NS 48/31, Blatt 45, Dienstanweisung für die Schwestern, kein Datum.
S. 36	(3) Koop V. "Dem Führer ein Kind schenken" - die SS-Organisation Lebensborn e.V. Böhlau; 2007. 306 p., S. 128
S. 36	(76) Klee E. Deutsche Medizin im Dritten Reich - Karrieren vor und nach 1945. S. Fischer; 2001. 416 p., S. 50
S. 37	(89) Bericht des beratenden Kinderarztes Dr. Wahlmann über das Heim Hochland, 06.07.1943, 4.1.0/82452165/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.

S. 38	(83) Entwurf einer Dienstanweisung für die ärztlichen Fachberater der Lebensbornheime, kein Datum, 4.1.0/82450570/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 38	(189) Laumann an Zentrale über beratende Kinderärzte, 08.05.1939, 4.1.0/82450484/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 39	(87) Grawitz an Ebner Anschreiben Dienstanweisung für beratende Fachärzte, 30.12.1939/4.1.0/82450556/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 40	(89) Bericht des beratenden Kinderarztes Dr. Wahlmann über das Heim Hochland, 06.07.1943, 4.1.0/82452166/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 40	(89) Bericht des beratenden Kinderarztes Dr. Wahlmann über das Heim Hochland, 06.07.1943, 4.1.0/82452167/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 44	(93) Dienstanweisung der beratenden Fachärzte, 15.04.1940, 4.1.0/82450563/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 45	(51) Bericht des beratenden Kinderarztes Prof. Dr. Becker über die Heime Hochland und Wienerwald, 27.04.1940, 4.1.0/82451803/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 45	(102) Bericht des beratenden Frauenarztes Dr. Mackenrodt über das Heim Hochland, 19.04.1940, 4.1.0/82451788/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 45	(51) Bericht des beratenden Kinderarztes Prof. Dr. Becker über die Heime Hochland und Wienerwald, 27.04.1940, 4.1.0/82451803/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 46	(8) Lilienthal G. Der "Lebensborn e.V." - ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik. Fischer-Taschenbuch-Verl; 2003. 288 p., S. 141
S. 63	(35) Abschrift Himmler an Lebensborn e.V. München über Fragebogen-Klassifizierung I bis IV, 26.01.1942, 4.1.0/82451317/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 81	(100) Statistik über die Belegstärke der Heime Stand 28.10.1939, kein Datum, 4.1.0/82449628/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.

S. 81	(148) Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449881/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 83	(135) Statistik Heim Pommern bis zum 31.12.1942, 13.04.1943, 4.1.0/82449203/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 84	(130) Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449176/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 86	(129) Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449878/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 87	(148) Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449881/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 87	(148) Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449881/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 90	(149) Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449177/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 96	(135) Statistik Heim Pommern bis zum 31.12.1942, 13.04.1943, 4.1.0/82449205/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 101	(150) Pommernstatistik 01.09.1941, 4.1.0/82449198/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 105	(62) Geburtenbuch 1938-1945 Lebensborn e.V. Heim Wernigerode, Stadtarchiv Wernigerode.
S. 110	(138) Ebner an Reichsführer-SS über Säuglingssterblichkeit im Lebensborn, 13.04.1942, 4.1.0/82449732/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 113	(63) Schreiben Dr. Schwab an Ebner zur 1000. Geburt im Heim Wienerwald, 02.09.1943, 4.1.0/80226484/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 116	(131) Vierteljährliche Auswertung der Heime 1/1940, 06.1940, 4.1.0/82449390/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 117	(98) Anschreiben Mackenrodts Vierteljährliche Auswertung 2/1943, 23.10.1943, 4.1.0/82449427/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 121	(57) Schreiben Ebner an SS-Sanitätshauptamt über ärztliche Tätigkeit

	der Lebensbornärzte, 21.01.1943, 4.1.0/82450607/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 122	(98) Anschreiben Mackenrodts Vierteljährliche Auswertung 2/1943, 23.10.1943, 4.1.0/82449427/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 133	(62) Geburtenbuch 1938-1945 Lebensborn e.V. Heim Wernigerode, Stadtarchiv Wernigerode.
S. 140	(169) Ärztliche Stellungnahme Ebners über Ablehnung zur Heimaufnahme, 05.05.1939, 4.1.0/82451394/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
S. 159	(184) Baader G, Schultz U, Gesundheitstag Berlin (1980). Medizin und Nationalsozialismus - tabuisierte Vergangenheit -ungebrochene Tradition? Verlagsgesellschaft Gesundheit; 1980. 250 p., S. 194
S. 161	(3) Koop V. "Dem Führer ein Kind schenken" - die SS-Organisation Lebensborn e.V. Böhlau; 2007. 306 p., S. 226

## 11. Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Haselhorst G. Ergebnisse der Geburtshilfe in Praxis und Klinik unter Berücksichtigung der Frühgeburten. Arch Gynakol. 1939;168(1):266–94.
2. Rott F. Carl Flügges Grundriß der Hygiene : für Studierende und praktische Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. 1940. 889 p.
3. Koop V. "Dem Führer ein Kind schenken" - die SS-Organisation Lebensborn e.V. Böhlau; 2007. 306 p.
4. Lilienthal G. Arzt und Rassenpolitik - der "Lebensborn e.V." In: Ärzte im Nationalsozialismus. Kiepenheuer & Witsch; 1985. p. 153–65.
5. Hillel M, Henry C. Lebensborn E.V. - im Namen der Rasse. P. Zsolnay; 1975. 351 p.
6. Berthold W. Lebensborn E.V. - Tatsachen-Roman. W. Heyne; 1975. 219 p.
7. Klee E. Das Personenlexikon zum Dritten Reich - wer war was vor und nach 1945. Fischer Taschenbuch; 2005. 732 p.
8. Lilienthal G. Der "Lebensborn e.V." - ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik. Fischer-Taschenbuch-Verl; 2003. 288 p.
9. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 32nd ed. Mannheim: Statistisches Reichsamt; 1942.
10. Thompson L V. Lebensborn and the Eugenics Policy of the Reichsführer-SS. Cent Eur Hist. 1971;4(1):54–77.
11. Sigmund AM. "Das Geschlechtsleben bestimmen wir" - Sexualität im Dritten Reich. Heyne; 2008. 304 p.
12. Scharsach H-H. Die Ärzte der Nazis. Orac; 2000. 256 p.
13. Bock G. Zwangssterilisation im Nationalsozialismus - Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Westdeutscher Verlag; 1986. 494 p.
14. Bryant T. Himmlers Kinder - zur Geschichte der SS-Organisation "Lebensborn e.V." 1935-1945. 2011. 352 p.
15. Bock G. Gleichheit und Differenz in der nationalsozialistischen Rassenpolitik. Geschichte und Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht (GmbH & Co. KG); 1993. p. 277–310.
16. Schmitz-Köster D. "Deutsche Mutter, bist du bereit..." - der Lebensborn und seine Kinder. Aufbau Taschenbuch; 2010. 412 p.
17. Clay C, Leapman M. Herrenmenschen - das Lebensborn-Experiment der Nazis. Heyne; 1997. 288 p.

18. Lebensbornprospekt, kein Datum, 4.1.0/82448967-9/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
19. BStU, MfS, HA IX, Nr. 22100.
20. Abschrift Familienstand und Kinderzahl der SS-Angehörigen zum 01.08.1936, 4.1.0/82449760-1/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
21. Himmler SS-Befehl für die gesamte SS und Polizei, 28.10.1939, 4.1.0/82448197/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
22. Major S. Zur Geschichte der außerklinischen Geburtshilfe in der DDR. Charité Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin; 2003.
23. Hoesch K. Ärztinnen für Frauen - Kliniken in Berlin 1877-1914. Metzler; 1995. 240 p.
24. Hanauer. Statistik der Entbindungsanstalten und Anstaltsentbindungen. Arch Gynakol. 1932;149(3):737–56.
25. Moissl N. Aspekte der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus 1933 bis 1945 am Beispiel der I. Frauenklinik der Universität München. Ludwig-Maximilians-Universität zu München; 2005.
26. Stelberg H. Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Köln (1937-1964) zwischen Wissenschaft und Gesellschaft – eine retrospektive Studie über 1125 Geburten –. Universität zu Köln; 2012.
27. Schultze GK-F. Zur Frühgeburtenfrage. Arch Gynakol. 1942;173(1):281–8.
28. Vereinssatzung des Lebensborn e.V., 10.02.1938, Privatbesitz.
29. Reichsführer-SS Erlass über Einrichtung besonderer Meldestellen für den Lebensborn, 20.07.1939, 4.1.0/82448195/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
30. BStU, MfS, HA IX, Nr. 11, AB 405.
31. Baumann A, Heusler A. Kinder für den “Führer” - der Lebensborn in München. 2013. 228 p.
32. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449876/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
33. Schreiben Ebner an Zentrale - Heimaufnahmeabteilung über Heimaufnahme KM Frau L., 08.03.1941, 4.1.0/82451229/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
34. Schreiben Schwab an Ebner über unterentwickeltes Kind Verlegung in Wiener Klinik zur Ausmerze, 08.04.1942, 4.1.0/82451649/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
35. Abschrift Himmler an Lebensborn e.V. München über Fragebogen-Klassifizierung



- I bis IV, 26.01.1942, 4.1.0/82451317/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
36. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449172/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  37. Reichsführer-SS an Sollmann über Adoptionen aus den Lebensbornheimen, 03.04.1942, 4.1.0/82448359/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  38. Himmler über Versorgung der Kinder gefallener SS-Kameraden, 27.10.1939, 4.1.0/82451376/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  39. BArch 48/28, Bericht über die Lebensbornarbeit, kein Datum.
  40. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449877/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  41. Ärztliche Anordnung Ebners über Entlassung von Müttern, 23.08.1939, 4.1.0/82451271/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  42. Schreiben Grawitz an Ebner über Säuglingssterblichkeit in den Lebensbornheimen, 03.04.1941, 4.1.0/82451509/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  43. Ebner an die Heimleiter des Lebensborn, 13.03.1941, 4.1.0/82451602-4/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  44. Ebner an Heimleiter Ostmark über Geburtenstatistik Kritik Schultze, 05.07.1939, 4.1.0/82449187/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  45. Rundschreiben 8/1941 über die Einstellung von Ammen in den SS-Mütterheimen des Lebensborn e.V., 15.04.1941, 4.1.0/82451510/ITS Digitales Archiv Bad Arolsen. Bad Arolsen;
  46. Becker an Ebner über Stillfrauen und Ammen, 25.03.1941, 4.1.0/82451507/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  47. Meldung über die weltanschauliche Schulung im Monat Juni 1938 im Heim Klosterheide, kein Datum, 4.1.0/82453578/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  48. Monatsmeldung über Schulungen im Monat September 1938 im Heim Steinhöring, 01.10.1938, 4.1.0/8245599/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  49. Schreiben Woyrsch an Bayer I.G. Farbenindustrie über Präparatsendung, 23.06.1943, 4.1.0/82464491/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  50. Ebner an Grawitz Statistik über Kindersterblichkeit in den Lebensborn-Heimen, 17.05.1940, 4.1.0/82449710-21/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  51. Bericht des beratenden Kinderarztes Prof. Dr. Becker über die Heime Hochland

- und Wienerwald, 27.04.1940, 4.1.0/82451801-03/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
52. Ebner an RF-SS über Kinderärztliche Überwachung in den Lebensbornheimen, 06.10.1939, 4.1.0/82451760-63/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  53. Ebner an Conti Statistik über Säuglingssterblichkeit, 25.06.1940, 4.1.0/82449724/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  54. Borchert K, Kasperek W, Meißner M. Geboren im Lebensbornheim "Harz" Wernigerode. Wernigerode: Kreisgeschichtskommission Landkreis Wernigerode; 2003. 48 p.
  55. Angestellte beim Lebensborn e.V. - Heim Harz, 1942, Stadtarchiv Wernigerode.
  56. BArch NS 48/31, Blatt 41, Dienstanweisung für den Heimarzt, kein Datum.
  57. Schreiben Ebner an SS-Sanitätshauptamt über ärztliche Tätigkeit der Lebensbornärzte, 21.01.1943, 4.1.0/82450607/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  58. Geburtshilfliches Gutachten Frau W. Lebensbornheim Hochland, 1938, 4.1.0/80236030-031/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen. Bad Arolsen;
  59. Ebner an Stoeckel über Hospitation von Lebensbornärzten, 20.05.1940, 4.1.0/82448619/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  60. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450404/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  61. BArch NS 48/31, Blatt 23, Bericht über die Heime des Lebensborn e.V., 18.03.1938.
  62. Geburtenbuch 1938-1945 Lebensborn e.V. Heim Wernigerode, Stadtarchiv Wernigerode.
  63. Schreiben Dr. Schwab an Ebner zur 1000. Geburt im Heim Wienerwald, 02.09.1943, 4.1.0/80226484/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  64. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450410/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  65. Ärztlicher Bericht bis 31.12.1940, kein Datum, 4.1.0/82449908-9/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  66. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450412/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  67. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450425/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  68. Merkblatt für Sterbefälle, kein Datum, 4.1.0/82451575/ITS Digitales Archiv, Bad

Arolsen.

69. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450426/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
70. BArch NS 48/31, Blatt 44, Dienstanweisung für die Schwestern, kein Datum.
71. BArch NS 48/31, Blatt 46, Dienstanweisung für die Schwestern, kein Datum.
72. BArch NS 48/31, Blatt 45, Dienstanweisung für die Schwestern, kein Datum.
73. Verhältnis von Schwestern zu Kindern im Heim Hochland, zum 15.01.1942, 4.1.0/82449607/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
74. Verhältnis von Schwestern zu Kindern im Heim Ostmark, 20.01.1942, 4.1.0/82449611/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
75. Verhältnis von Schwestern zu Kindern im Heim Pommern, 22.01.1942, 4.1.0/82449612/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
76. Klee E. Deutsche Medizin im Dritten Reich - Karrieren vor und nach 1945. S. Fischer; 2001. 416 p.
77. Lang über eigene Schwesternschaft für Lebensborn, 24.01.1942, 4.1.0/82450073-75/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
78. Denkschrift Ebners über eigene Lebensbornschwwesternschaft, 08.10.1940, 4.1.0/82450017-21/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
79. Stellungnahme Leiter des Gesundheitswesens an Sollmann über Lebensbornschwwesternschaft, 20.11.1941, 4.1.0/82450049-52/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
80. Ebner an Prof. Wiskott über Einrichtung Schwesternschule im Lebensborn, 13.10.1943, 4.1.0/82450188/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
81. Ebner an Herold Anfrage beratender Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Lebensborn, 18.09.1940, 4.1.0/82450941/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
82. Herold an Ebner über Tätigkeit als beratender Facharzt, 24.09.1940, 4.1.0/82450942/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
83. Entwurf einer Dienstanweisung für die ärztlichen Fachberater der Lebensbornheime, kein Datum, 4.1.0/82450570/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
84. Ebner an Dermietzel über kinderärztliche Überwachung in den Lebensbornheimen, 18.09.1939, 4.1.0/82451753-55/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.

85. Entwurf einer Dienstanweisung für die ärztlichen Fachberater der Lebensbornheime, 01.01.1941, 4.1.0/82450575-77/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
86. Laumann an Zentrale über beratende Kinderärzte, 08.05.1939, 4.1.0/82450484-85/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
87. Grawitz an Ebner Anschreiben Dienstanweisung für beratende Fachärzte, 30.12.1939/4.1.0/82450556/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
88. Bericht des beratenden Kinderarztes Dr. Kiehl über das Heim Schwarzwald, 15.07.1943, 4.1.0/82452169/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
89. Bericht des beratenden Kinderarztes Dr. Wahlmann über das Heim Hochland, 06.07.1943, 4.1.0/82452165-67/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
90. Ebner an Rommel über Geburtenstatistik Kritik Schultze, 05.06.1939, 4.1.0/82449181-82/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
91. Ebner an Grawitz über beratenden Facharzt für Kinderheilkunde, 17.11.1939, 4.1.0/82450696/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
92. Dienstanweisung der beratenden Fachärzte, 15.04.1940, 4.1.0/82450562/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
93. Dienstanweisung der beratenden Fachärzte, 15.04.1940, 4.1.0/82450563/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
94. Entwurf einer Dienstanweisung für den beratenden Kinderarzt, kein Datum, 4.1.0/82450558-59/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
95. Vorlage Kostenerstattung für Heimbesuche durch beratende Fachärzte, kein Datum, 4.1.0/82450578/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
96. Ebner an Becker über Heimbesichtigungen, 17.04.1941, 4.1.0/82450756/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
97. Mackenrodt an Ebner Vierteljährliche Auswertung 3/1941, 03.01.1942, 4.1.0/82449417/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
98. Anschreiben Mackenrodts Vierteljährliche Auswertung 2/1943, 23.10.1943, 4.1.0/82449427/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
99. Belegstärke der Lebensbornheime, kein Datum, 4.1.0/82449708/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
100. Statistik über die Belegstärke der Heime Stand 28.10.1939, kein Datum, 4.1.0/82449628/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
101. Antwortschreiben zu ärztlicher Anordnung Nr. 72 über Belegung der

- Lebensbornheime, zum 01.02.1942, 4.1.0/82449649/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
102. Bericht des beratenden Frauenarztes Dr. Mackenrodt über das Heim Hochland, 19.04.1940, 4.1.0/82451788-89/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  103. Sollmann an Ebner über Sterilitätsbehandlung in den Lebensbornheimen, 28.06.1940, 4.1.0/82451083/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  104. Neumaier D. Das Lebensbornheim "Schwarzwald" in Nordrach. Bd. 32. Baden-Baden: Tectum Verlag; 2017. 744 p.
  105. Mikulicz-Radecki F von. Geburtshilfe des praktischen Arztes : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 1941. 489 p.
  106. Rusch H. Die Sterblichkeit der Neugeborenen in der Anstaltsgeburtshilfe. Arch Gynakol. 1939;168(3):556–77.
  107. Flemming. Schwangerschaftsdauer, Kindesgewicht und Größe, Früh- und Totgeburten bei spontanen und operativen Entbindungen bei ehelichen und unehelichen Erstgebärenden. Zentralbl Gynakol. 1939;63(31):1775.
  108. Emmrich JP. Über das Eindringen von Keimen in den Uterus unter der Geburt bei stehender Fruchtblase und das Eindringen von Keimen in die Blutbahn bei normaler Entbindung und geburtshilflichen Eingriffen. Arch Gynakol. 1941;171(2):291–313.
  109. Stoeckel S. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1938. 1054 p.
  110. Müller HA. Totgeburt und Frühsterblichkeit. Arch Gynakol. 1952;182(2–3):149–212.
  111. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450406/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  112. Bayer R. Zangentrauma und intrakranielle Blutung. Arch Gynakol. 1940;170(4):638–50.
  113. Weber A. Kann die große Kindersterblichkeit bei der Wendung und der Beckenendlage wesentlich verringert werden? Arch Gynakol. 1941;171(3):663–9.
  114. Niedner K. Die Zangenindikation wegen drohender intrauteriner Asphyxie. Arch Gynakol. 1955 May;186(1):70–4.
  115. Kraatz H. Kritische Stellungnahme zu den Indikationen und der Methodik der vaginalen geburtshilflichen Operationen. Arch Gynakol. 1955 May;186(1):14–40.
  116. Brücke H. Über hohe Zangenoperationen. Arch Gynakol. 1937;164(1):42–50.
  117. Mikulicz-Radecki F von. Gynäkologische Operationen. 1933. 132 p.

118. Erbslöh J. Ergebnisse der Hausgeburtsilfe bei der Beckenendlagen-Geburt im Vergleich zur klinischen Geburtsleitung. Arch Gynakol. 1939;168(3):578–93.
119. Jaschke R von. Geburtshilfe. Ärztliche Bücherei für Fortbildung und Praxis; Bd. 1. 16. u. 17. Berlin: Verlag der Deutschen Ärzteschaft; 1935. 290 p.
120. Naujoks H. Die deutsche Kaiserschnittstatistik 1938. Arch Gynakol. 1942;173(1):491–506.
121. Monatsstatistiken April 1939 bis Dezember 1939, 4.1.0/82449216-266/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen. Monatsstatistiken Juli 1941 bis November 1941, 4.1.0/82449364-387/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
122. Monatsstatistiken Februar 1940 bis Juni 1941, kein Datum, 4.1.0/82449279-362/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
123. Tagebuch der Hebamme des “Lebensborn e.V.” Heim Harz Kreis Wernigerode, Brockenweg 1 für das Jahr vom 17.11.1942 bis 16.3.1944, Stadtarchiv Wernigerode.
124. Tagebuch der Hebamme des “Lebensborn e.V.” Heim Harz vom 05.01.1942 bis 12.11.1942, Stadtarchiv Wernigerode.
125. Tagebuch der Hebamme des “Lebensborn e.V.” Heim Harz vom 13.10.1941 bis 31.12.1941, Stadtarchiv Wernigerode.
126. Sterbebuch des Standesamtes Wernigerode II, Heim Harz “Lebensborn e.V.” 1937 bis 1945, Stadtarchiv Wernigerode.
127. Schreiben an Conti Statistik über Säuglingssterblichkeit, 25.06.1940, 4.1.0/82449722/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
128. Bembenek L, Schwalba-Hoth F. Hessen hinter Stacheldraht - verdrängt und vergessen, KZs, Lager, Aussenkommandos. Eichborn; 1984. 188 p.
129. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449878/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
130. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449176/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
131. Vierteljährliche Auswertung der Heime 1/1940, 06.1940, 4.1.0/82449389-94/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
132. Vierteljährliche Auswertung der Heime 1/1941, 21.07.1941, 4.1.0/82449397-401/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
133. Vierteljährliche Auswertung der Heime 2/1941, 11.08.1941, 4.1.0/82449409-

- 13/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
134. Vierteljährliche Auswertung 3/1941 Heim Hochland, 03.01.1942, 4.1.0/82449416/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  135. Statistik Heim Pommern bis zum 31.12.1942, 13.04.1943, 4.1.0/82449203-05/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  136. Knoppig VS. Die geburtshilfliche und gynäkologische Versorgung von Zwangsarbeiterinnen in der Provinzial-Hebammenlehranstalt und Landesfrauenklinik zu Elberfeld während der Jahre 1942-1945. Universität zu Köln; 2011.
  137. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939, 4.1.0/82449886/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  138. Ebner an Reichsführer-SS über Säuglingssterblichkeit im Lebensborn, 13.04.1942, 4.1.0/82449732/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  139. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über fünf Monate (November 1941 bis März 1942), kein Datum, 4.1.0/82449167/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  140. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449173/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  141. Statistik an Ebner über Geburten in den Lebensbornheimen, 22.06.1943, 4.1.0/82449209/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  142. Statistik an Ebner über Geburten in den Lebensbornheimen, 07.10.1943, 4.1.0/82449210/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  143. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449175/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  144. Anmerkung zu den statistischen Angaben von SS-Hauptsturmführer Dr. Düker - Heim Pommern, 13.04.1943, 4.1.0/82449206/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  145. Wiegels. Eine einfache Methode, bei nicht genügend eröffnetem Muttermund und eintretenden Komplikationen den Muttermund schnell und völlig zu erweitern. Zentralbl Gynakol. 1937;63(37):2063–6.
  146. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449174/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
  147. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939,

- 4.1.0/82449880/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
148. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939,  
4.1.0/82449881/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
149. Zusammenstellung der statistischen Arbeiten über sieben Monate (November 1941 bis Mai 1942), kein Datum, 4.1.0/82449177/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
150. Pommernstatistik 01.09.1941, 4.1.0/82449196-98/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
151. Vierteljährliche Auswertung 1/1941 Heim Kurmark, 21.07.1941,  
4.1.0/82449397/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
152. Schreiben von Ebner über kindliche Todesfälle, 31.03.1939, 4.1.0/82460861/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
153. Bericht des Heimarztes Heim Hochland, 13.12.1938, 4.1.0/82464844/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
154. Schreiben an Conti Statistik über Säuglingssterblichkeit, 25.06.1940,  
4.1.0/82449723/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
155. Ebner an Becker: Sterblichkeitsziffern des Lebensborn, 05.06.1941,  
4.1.0/82449727/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
156. Schreiben an RF-SS über Säuglingssterblichkeit im Lebensborn, 12.07.1943,  
4.1.0/82449751-52/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
157. Jahresbericht über vier Jahre Lebensbornarbeit, zum 31.12.1939,  
4.1.0/82449887/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
158. Ebner an RF-SS über Säuglingssterblichkeit im Lebensborn, 20.10.1943,  
4.1.0/82449753-55/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
159. Schreiben an RF-SS über Säuglingssterblichkeit im Lebensborn, 12.07.1943,  
4.1.0/82449751-52/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
160. Statistik über Säuglingssterblichkeit in den Heimen des Lebensborn e.V., Juli 1940, 4.1.0/82449707/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
161. Dienstanweisung für die Ärzte des Lebensborn, kein Datum, 4.1.0/82450409/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
162. Anschreiben vierteljährliche Auswertung 3/1940, 05.12.1940, 4.1.0/82449396/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
163. Ebner an Riedl Heim Ostmark über Geburtenstatistik und Episiotomien, 07.07.1939, 4.1.0/82449194/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.



164. Statistisches Handbuch von Deutschland 1928-1944. 1949.
165. Wirtschaft und Statistik 1939. 1939;19(13).
166. Haselhorst G. Ergebnisse der Klinikentbindung (Sammelstatistik aus 27 Universitäts-Frauenkliniken und Hebammenlehranstalten). Arch Gynakol. 1942;173(1):247–54.
167. Schenk H. Über die Mißbildungen der Jahre 1938-1941 an der Universitätsfrauenklinik Berlin. Zentralbl Gynakol. 1942;66(52):2076.
168. Statistik an Ebner über uneheliche Geburten, 15.05.1943, 4.1.0/82449208/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
169. Ärztliche Stellungnahme Ebners über Ablehnung zur Heimaufnahme, 05.05.1939, 4.1.0/82451394/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
170. Pohlen K. Die neue geburtshilfliche Statistik für das Deutsche Reich (Ergebnisse der Hebammen-Tagebücher für das Jahr 1936). Arch Gynakol. 1938;166(1):347–74.
171. Mittelstrass H. Zur habituellen atonischen Nachblutung. Zentralbl Gynakol. 1939;63(40):2211–8.
172. Mikulicz-Radecki F von. Erfahrungen an Geburten von Hausschwangeren. Zentralbl Gynakol. 1939;63(24):1330–7.
173. Götz R. Die Behandlung der Mastitis puerperalis mit Kurzwellenbestrahlung, Städtisches Robert-Koch-Krankenhaus Berlin. Zentralbl Gynakol. 1939;63(51):2682–7.
174. Noack M. Die Behandlung der Mastitis Puerperalis mit Sulfonamiden. Zentralbl Gynakol. 1942;66(37):1490–2.
175. Denker-Hauser F. Über die Müttersterblichkeit bei klinischer Geburtshilfe und ihre Ursachen. Zentralbl Gynakol. 1942;66(19):786–92.
176. Döderlein G. Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge und ihre gesetzliche Regelung. Arch Gynakol. 1942;173(1):175–96.
177. Lajos L. Fruchttod vor Geburtsbeginn. Zentralbl Gynakol. 1939;63(37):2068–75.
178. Finkbeiner H. Mütterlicher Geburtstod und perinatale Sterblichkeit als Folge geburtshilflicher Operationen. Arch Gynakol. 1955;186(1):83–7.
179. Wagenführ R, Brzosniowsky I. Deutschland in Zahlen. Statistisches Taschenbuch. Bund-Verlag Köln; 1949. 255 p.
180. Döderlein G. Veränderte Indikationsstellung zur Schnittentbindung. Arch Gynakol. 1955 May;186(1):53–5.

181. Tasch H. Zur Kaiserschnittfrage. Zentralbl Gynakol. 1942;66(34):1346–53.
182. Feldweg P. Die Stellung des Kaiserschnittes in der Geburtshilfe, Frauenklinik Siloah in Pforzheim, 01.07.1933 bis 31.12.1938. Zentralbl Gynakol. 1939;63(27):1511–23.
183. Baader G, Schultz U, Gesundheitstag Berlin (1980). Medizin und Nationalsozialismus - tabuisierte Vergangenheit -ungebrochene Tradition? Verlagsgesellschaft Gesundheit; 1980. 250 p.
184. Reichert. Über die Häufigkeit der Fehlgeburten. Arch Gynakol. 1942;173(1):266–73.
185. BStU, MfS, HA XX, Nr. 5157.
186. Antwortschreiben Stoeckelsche Klinik an Ebner über Hospitation von Lebensbornärzten in UFK Berlin, 29.05.1940, 4.1.0/82450595/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
187. Schreiben Bessau an Ebner über Hospitation Lebensbornärzte in Universitäts-Kinderklinik Charité, 23.05.1940, 4.1.0/82450594/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
188. Ebner an Becker über Ernennung zum beratenden Facharzt für Kinderkrankheiten, 11.01.1940, 4.1.0/82450546/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
189. Laumann an Zentrale über beratende Kinderärzte, 08.05.1939, 4.1.0/82450484-85/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
190. Jaschke R von. Lehrbuch der Geburtshilfe. 5th ed. Springer Verlag Berlin Göttingen Heidelberg; 1950. 700 p.
191. Reuss A. Säuglingsernährung. Springer Verlag Wien; 1947. 128 p.
192. Meyer, L.F., Nassau E. Die Säuglingsernährung: eine Anleitung für Studierende und Ärzte. München: Verlag von J. F. Bergmann; 1930. 368 p.
193. Bodendorf K. Kurzes Lehrbuch der pharmazeutischen Chemie. Springer; 1949. 459 p.
194. Grawitz an Ebner über Personalien Mackenrodt, 10.01.1940, 4.1.0/82450545/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
195. Ebner an Mackenrodt über Ernennung zum beratenden Facharzt für Geburtshilfe und Gynäkologie, 22.01.1940, 4.1.0/82450548/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
196. Mackenrodt an Ebner über Beförderung zum SS-Sturmbannführer, 07.12.1943, 4.1.0/82450936/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.

197. Mackenrodt an Ebner über Beförderung und Urlaubsrückmeldung, 08.07.1942, 4.1.0/82450932/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
198. Mackenrodt an Ebner über Beförderung zum SS-Obersturmführer, 23.11.1940, 4.1.0/82450919/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.
199. Vierteljährliche Auswertung 1/1941, Heim Hochland, 21.07.1941, 4.1.0/82449402/ITS Digitales Archiv, Bad Arolsen.

## 12. Eidesstattliche Versicherung

Ich, Clara Hullmeine, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: "Das Lebensborn-Projekt als Teil der nationalsozialistischen Geburtenförderung - eine Auswertung der geburtshilfflichen Ergebnisdaten der deutschen Lebensbornheime im „III. Reich““ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

**Anteilserklärung an etwaigen erfolgten Publikationen**

Clara Hullmeine hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: C. Hullmeine, Prof. Dr. M. David, **Perinataldaten beim nationalsozialistischen "Lebensborn e.V." - ein Vergleich der Heime „Pommern“ und „Harz“ für die Jahre 1938 bis 1942**, Posterpräsentation auf dem 62. DGGG-Kongress in Berlin, 2018

Beitrag im Einzelnen:

Datensammlung und -auswertung, Postergestaltung inklusive Tabellen und Graphiken sowie Präsentation der Ergebnisse im Rahmen einer Posterbegehung am 01.11.2018.

---

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

---

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

### **13. Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## **14. Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich herzlichst meinem Doktorvater Prof. Dr. M. David danken für die Überlassung dieses interessanten Themas und besonders für die stets zuverlässige und unterstützende Betreuung während der Arbeit an der vorliegenden Dissertation.

Außerdem danke ich den Archiv- und Standesamtsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern für ihre freundliche Hilfe bei der Datensammlung, insbesondere des Stadtarchivs Wernigerode.

Abschließend danke ich meiner Familie und meinem Freund für ihre uneingeschränkte Unterstützung und Ermöglichung meiner Vorhaben ebenso für die vielen anregenden Diskussionen und die hilfreichen Hinweise.